

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ESSAI SUR LES SIGNES CLINIQUES

DE LA

Tuberculose du Nourrisson

PAR

FERNAND MICHEL

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Président : M. MARFAN, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1921

478

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ESSAI SUR LES SIGNES CLINIQUES

DE LA

Tuberculose du Nourrisson

PAR

FERNAND MICHEL

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Président : M. MARFAN, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1921



Faculté de Médecine de Paris

DOYEN.....

PROFESSEURS.....

Anatomie.....
 Anatomie médico-chirurgicale.....
 Physiologie.....
 Physique médicale.....
 Chimie organique et chimie générale.....
 Bactériologie.....
 Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
 Pathologie et Thérapeutique générale.....
 Pathologie médicale.....
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie.....
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique.....
 Hygiène.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
 Pathologie expérimentale et comparée.....

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la 1^{re} enfance.....
 Clinique des maladies des enfants.....
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en-
 céphale.....
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
 Clinique des maladies du système nerveux.....
 Clinique des maladies contagieuses.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
 Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchement.....

Clinique gynécologique.....
 Clinique chirurgicale infantile.....
 Clinique thérapeutique.....
 Clinique oto-rhino-laryngologique.....
 Clinique thérapeutique chirurgicale.....

M. ROGER

MM.

NICOLAS
 CUNEO
 CH. RICHET
 André BROCA.
 DESGREZ
 BEZANÇON
 BRUMPT
 MARCEL LABBE
 RENON
 LECENE.
 LETULLE
 PRENANT
 POUCHET
 CARNOT
 LÉON BERNARD
 BALTHAZARD
 MENETRIER
 ROGER
 ACHARD
 WIDAL
 GILBERT
 CHAUFFARD
 MARFAN
 NOBECOURT
 DUPRE
 JEANSELME
 PIERRE MARIE
 TEISSIER
 DELBET
 LEJARS
 HARTMANN
 GOSSET
 DE LAPERSONNE
 LEGUEU
 BAR
 COUVELAIRE
 BRINDEAU
 J. L. FAURE
 AUGUSTE BROCA
 VAQUEZ
 SEBILEAU
 DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI
 ALGLAVE
 BASSET
 BAUDOIN
 BLANCHETIERE
 BRANCA
 CAMUS
 CHAMPY
 CHEVASSU
 CHIRAY
 CLERC
 DEBRE
 DESMARET

DUVOIR
 FIESSINGER
 GARNIER
 GOUGEROT
 GREGOIRE
 GUENIOT
 GUILLAIN
 GUILLEMINOT
 HEITZ-BOYER
 JOYEUX
 LABBE (HENRI)
 LAIGNEL-LAVASTINE
 LANGLOIS

LARDENNOIS
 LE LORIER
 LEMIERRE
 LEQUEUX
 LEREBOULLET
 LERI
 LEVY-SOLAL
 MATHIEU
 METZGER
 MOCQUOT
 MULON
 OKINCZYC
 PHILIBERT

RATHERY
 RETTERER
 RIBIERRE
 RICHAUD
 ROUSSY
 ROUVIERE
 SCHWARTZ (A)
 TANON
 TERRIEN
 TIFFENEAU
 VILLARET

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opi-
 nions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être con-
 sidérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner au-
 cune approbation ni improbation*

A MES PARENTS

A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN

PROFESSEUR DE CLINIQUE INFANTILE
A LA FACULTÉ DE PARIS

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. BARBIER

MÉDECIN DE L'HOPITAL HÉROLD

*Qui a bien voulu nous donner l'idée
de cette thèse, et qui nous en a four-
ni les matériaux.*

A MES MAITRES

Stage :

MM. LES DOCTEURS
ALGLAVE, CLAISSE, SIREDEY,
FUNCK BRANTANO

Externat :

M. LE PROFESSEUR SCHWARTZ
MM. LES DOCTEURS
MICHEL, BARBIER

INTRODUCTION

La tuberculose du nourrisson est fréquente. Les travaux de Torceli et Papavoine (1829-1830), les travaux de Landouzy (1886), ceux de Hutinel et de ses élèves, en font foi. Hamburger écrit : « La tuberculose est une maladie de l'enfance, voulant dire, par là, que l'inoculation première du Bacille de Koch a lieu chez l'enfant ».

Les chiffres donnés par les examens anatomiques, au cours des autopsies, ceux traduisant les réactions à la tuberculine [et encore ces derniers quand ils sont négatifs, ne prouvent rien (Barbier)] le prouvent encore davantage. Et pourtant la tuberculose passe encore souvent inaperçue, car, comme l'écrivait Trousseau : « Si la tuberculisation n'est jamais plus fréquente que dans la première année de la vie, le diagnostic est autrement difficile à établir chez les sujets du jeune âge que chez les autres. Bien souvent pendant l'année que nous avons passée dans le Service d'enfants, avons-nous été étonné soit en relevant et étudiant les nombreuses observations recueillies dans l'Hôpital Hérold, soit en assistant aux autopsies, que ou bien le diagnostic n'avait été porté que tardivement, ou bien les lésions trouvées, dépassaient de

beaucoup ce que nous avait fait supposer la clinique. Aussi avons-nous cru intéressant de reprendre nombre d'observations, avec autopsies et examens microscopiques et d'y rechercher quels sont les signes les plus fréquents et les plus sûrs de conduire au diagnostic de la tuberculose chez le nourrisson.

Nous laisserons de côté les intéressants problèmes de l'hérédité et de la contagion, leur réservant seulement quelques mots en causant de la valeur diagnostique du gros foie (à propos de lésions spéciales qui sont en faveur de l'hérédité congénitale) Barbier).

Nous laisserons également de côté l'étude des lésions anatomiques ; nous ne passerons uniquement en revue que tous les signes fonctionnels, généraux et physiques, insistant surtout sur ceux que nous avons rencontré dans nos observations, et essayant de bien mettre en relief ceux qui nous auront paru les plus fréquents. Et dans notre conclusion, nous résumerons ceux de ces signes qui nous auront le plus souvent permis d'étayer un diagnostic vérifié par les autopsies et les prélèvements histologiques.

Avant de terminer cet exposé, nous tenons à remercier notre Maître, M. le D^r Barbier, de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée. Ses leçons toujours si instructives, son enseignement clair et précis, ont eu la plus heureuse influence sur notre éducation médicale, et dans le cours de notre carrière, nous ferons appel le plus souvent qu'il nous sera possible aux conseils qu'il nous a donnés. C'est à lui que nous devons

l'idée de cette thèse. Nous lui adressons l'assurance de notre respectueuse reconnaissance. Nous le remercions enfin de nous avoir fourni de nombreuses observations et de nous avoir permis de reprendre dans la thèse de son ancien élève le D^r Aine, les observations qui pouvaient nous être utiles.

Si, obligé de nous éloigner de Paris, pour exercer, avant d'avoir terminé notre thèse, il ne nous a pas été permis de demander tous les conseils nécessaires à l'élaboration de ce travail, nous adressons ici même à notre cher Maître toutes nos excuses.

SYMPTOMATOLOGIE

Sans insister sur les nombreuses statistiques publiées sur la plus grande fréquence de la tuberculose à certains âges du nourrisson (celle de Rilliet et Barthez, celle de Kuss, celle de Comby), basées sur des examens nécropsiques ; celles de Hamburger, de Monti, basées sur les réactions à la tuberculine, nous rappellerons qu'au point de vue diagnostic, il faut savoir que la tuberculose du nourrisson atteint son maximum de morbidité au huitième mois. Mais si cette maladie est rare dans les premiers mois de la vie, elle n'en existe pas moins, qu'elle soit congénitale ou acquise (ainsi que le prouvent les observations).

Et ceci nous amène à rechercher de suite les antécédents héréditaires.

HÉRÉDITÉ. — Pratiquement, l'hérédité de graine ne compte pas. « C'est dans son entourage familial et domestique » que l'enfant contracte la tuberculose.

En un mot il y a presque toujours contagion. Mais la réceptivité toujours grande du jeune enfant pour cette maladie peut être accrue par sa débilité originelle ou acquise (observations 2, 6, 10, 12, 29, 32, 35,

38, 39, 40, 42, 46, 47). L'enquête a donc pour but de rechercher dans l'entourage immédiat de l'enfant, s'il n'y a pas de porteurs de bacilles. A cet effet, il faut non seulement interroger ou examiner les parents, mais encore tous ceux qui approchent le nourrisson et en particulier la nourrice, les grands parents. Procéder à une enquête d'autant plus minutieuse que parfois même chez l'adulte, la tuberculose se montre chez des personnes d'aspect floride et qui sont cependant très dangereuses.

La réceptivité du nourrisson pour la tuberculose peut encore être accrue par les maladies aiguës ou chroniques, l'athrepsie, le rachitisme, les bronchites répétées, les maladies infectieuses, la coqueluche, la rougeole surtout qui prépare admirablement le terrain à la contagion, et qui, lorsque la tuberculose existe déjà, la met en relief et lui donne une force d'expansion redoutable. Dans nos observations nous avons noté les antécédents personnels suivants :

Observation 5 : Troubles dyspeptiques de longue durée.

Observation 11 : Bronchites répétées.

Observation 14 : Rougeole.

Observation 15 : Hypotrophie.

Observation 16 : Athrepsie.

Observation 17 : Coqueluche.

Observation 19 : Grippe compliquée de broncho-pneumonie.

Observation 20 : Prématuré. Rachitisme léger.

Observation 21 : Broncho-pneumonie jamais bien guérie.

Observation 22 : Rougeole.

Observation 28 : Broncho-pneumonie traînante.

Observation 31 : Prématuré, Débilité.

Observation 34 : Coqueluche.

Observation 41 : Coqueluche avec broncho-pneumonie.

Observation 46 : Prématuré.

Observation 45 : Atrophique squelettique.

Enfin nous ne saurions quitter le problème si utile des antécédents héréditaires et personnels, sans rappeler qu'il faut toujours rechercher parmi les causes principales capables de préparer l'apparition de la tuberculose : l'Hérédo-syphilis.

Notre maître, le docteur Barbier, a si souvent attiré notre attention sur la fréquence de ces formes hybrides, que le rôle de l'hérédo-syphilis nous apparaît maintenant considérable.

Aine, dans sa thèse sur la tuberculose ulcéreuse du nourrisson, dit que l'hérédité syphilitique a été soupçonnée dans 1/5 de ses observations ; qu'elle s'est manifestée d'une façon non douteuse, une fois sur neuf (Observations 20, 25, 8).

La tuberculose du nourrisson se présente à nos yeux sous de très nombreuses formes. Tantôt elle est absolument latente, apyrétique. Tantôt elle prend le masque de la gastro-entérite, de l'athrepsie, de la bronchite ou de la broncho-pneumonie, de la typhoïde, de la méningite.

Souvent remarquable par sa tendance à la généralisation (et cela d'autant plus que l'enfant est plus jeune) elle peut, cependant, être assez souvent localisée, surtout aux poumons.

D'où la difficulté de trouver dans toutes ces formes quelques signes isolés, nets, qui par leur réunion permettent d'étayer un diagnostic. Ce sont ces signes que nous allons rechercher dans nos observations. Nous passerons d'abord en revue, les petits signes du début, qui parfois éveillent et retiennent l'attention ; puis les signes généraux, pour terminer enfin par les signes d'entériorisation.

DÉBUT ET SIGNES GÉNÉRAUX

CHANGEMENT DE CARACTÈRE. — Le nourrisson touché par l'infection bacillaire perd sa gaîté. Le plus souvent calme et résigné, il reste souvent immobile, ne s'occupant plus de ce qui l'entoure : « C'est le fruit piqué par le ver et mûr prématurément ».

Tantôt, au contraire, il crie et pleure sans cesse, perdant le sommeil et l'appétit.

FACIÈS. — On est alors souvent en présence d'un nourrisson au teint pâle, blafard, en rapport avec un certain degré d'anémie. L'examen du sang ne montre pas toujours le degré d'anémie. L'hypoglobulie est peu intense, la leucocytose est modérée. La réaction mycloïde est exceptionnelle, et même quand on trouve un gros foie et une grosse rate, il s'agit le plus souvent de syndrome pseudo leucémique.

Tel l'exemple (observation 30) de ce nourrisson de six mois, entré à l'hôpital, pâle, anémié, infiltré, présentant un gros ventre, un foie énorme et une rate volumineuse, tous les signes extérieurs, en un mot, de la leucémie mycloïde. L'examen du sang révéla :

Hémoglobine, 60 %.

Globules rouges, 1.600.000.

Globules blancs, 4.800.

Avec le pourcentage suivant :

Polynucléaires, 82 %.

Grands mononucléaires, 6 %.

Lymphocytose, 7 %.

Petits mononucléaires, 7 %.

Myélocytes.

La peau du visage est sèche, les poils sont longs, cassants, les cils développés.

Les yeux sont tristes et doux, brillants. Mais ce ne sont là que des signes inconstants ou que l'on ne rencontre qu'à une période où les lésions sont déjà avancées. Beaucoup plus importants seront les signes suivants.

FIÈVRE. — La fièvre, symptôme fondamental dans l'évolution de la tuberculose chez l'adulte, peut cependant bien souvent ne pas exister chez le nourrisson. Marfan a individualisé une forme aujourd'hui classique qu'il a décrite sous le nom de tuberculose généralisée chronique apyritique du jeune âge, et bien souvent dans les observations recueillies à l'hôpital Hérold, nous avons eu l'occasion de la rencontrer. Nous ferons toutefois remarquer, avec notre Maître, que des tuberculoses ont été décrites apyrétiques qui ne l'étaient pas, car lorsque l'on prenait la température des petits malades, plusieurs fois par jour, l'on constatait fréquemment qu'ils faisaient une élévation de température dans le cours des vingt-quatre heures. Dans tous les cas où nous avons observé la forme de Marfan, quelques jours avant la

mort, nous avons presque toujours observé une brusque ascension de la température, mais elle était due alors à une infection surajoutée, otite par exemple, à bacilles différents du bacille de Koch, laquelle venait compliquer l'évolution bacillaire indéniable que nous avons diagnostiquée.

Exemple (observation).

Hutinel dans une étude très approfondie de la tuberculose avait décrit trois autres types.

1° Température franchement irrégulière, entre 37 et 39°.

2° Température très élevée.

3° Hypothermie rare des cachexies.

Au cours de notre séjour à Héroid, nous avons rencontré ces différents types, auxquels nous ajouterons le type inverse (Observations).

De cette étude de la température nous concluons avec notre Maître, que ses caractères essentiels sont :

L'irrégularité.

L'instabilité.

AMAIGRISSEMENT. — Non moins importante est l'étude de la courbe de poids, qui met si bien en relief l'amaigrissement. Ce dernier signe, joint à l'inappétence, ne manque presque jamais, au bout d'un certain temps, chez les nourrissons atteints de tuberculose. Facilement expliqué, quand il trouve sa cause dans les lésions profondes, nettes, il se présente, au contraire, très souvent sans cause apparente. On constate seulement que :

1° L'enfant est au-dessous de son poids.

2° Qu'il baisse de poids malgré les régimes les mieux appropriés.

Cet amaigrissement est souvent lié à la dyspepsie tuberculeuse du nourrisson, et aboutit souvent au tableau de l'atrepsie, que rien ne saurait différencier de l'atrepsie banale, s'il n'y avait d'autres signes révélateurs de la tuberculose, la cuti-réaction en particulier. Notre maître, le docteur Barbier, a souvent insisté, au cours de ses leçons, sur l'importance de ces troubles digestifs, montrant qu'ils sont dus à une insuffisance polyglandulaire, à une insuffisance hépatique surtout. Les nourrissons qui en sont atteints ont de mauvaises selles, elles sont souvent grosses, épaisses, décolorées, sentant le rance.

Exemple : Observations 44, 45, 39.

Dans ces observations, les enfants étaient au-dessous de leur poids normal ; ils maigrissaient, ils présentaient des troubles dyspeptiques.

RÉACTION CUTANÉE A LA TUBERCULINE. — Plus importants encore sont les résultats donnés par cette réaction ; qu'il s'agisse de l'intra-dermo-réaction ou de la cuti-réaction.

Nous parlerons surtout ici des résultats donnés par l'intra-dermo-réaction qui a surtout été employée à Hérold, et à ce propos, nous examinerons les conclusions données par notre Maître, le docteur Barbier, dans le *Bulletin de la Société d'études scientifiques sur la tuberculose* (Séance de mai 1911, sous le titre de « Contribution à l'étude du diagnostic de la tuber-

culose chez l'enfant, par l'intra-dermo-réaction à la tuberculine »).

De cette sérieuse étude faite sur 270 cas, notre Maître tire cette conclusion : « Si l'intra-dermo-réaction ne donne pas une indication formelle et absolue pour ou contre le diagnostic de la tuberculose chez l'enfant, elle peut donner des indications précieuses quand elle est positive.

Infidèle chez les nourrissons, comme dans les formes aiguës ou cachectisantes de la maladie, aussi bien chez ces derniers, que chez les plus grands enfants, elle permet cependant de révéler la tuberculose dans certains cas où l'évolution de celle-ci est marquée par des phénomènes qui, en apparence, paraissent être étrangers à l'action habituelle du bacille tuberculeux.

Ainsi, par exemple, chez le nourrisson, les bronchites répétées, les dilatations bronchiques avec si-gnès cavitaires et certains états atrophiques avec dyspepsie permanente, anaphylavie pour le lait de vache, et signes d'insuffisance hépatique. »

Dans le même rapport, le docteur Barbier ajoute (et nous ne pouvons nous empêcher de le rappeler puisque ces idées feront parties des leçons reçues à Hérold) : « Quant aux affections telles que chorée, rhumatisme, cardiopathie, etc., dont les relations avec la tuberculose ne sont pas admises par tout le monde, la fréquence de l'intra-dermo-réaction positive permet d'établir une coïncidence importante entre elles et la tuberculose ». De l'étude de la cuti-

réaction aujourd'hui surtout employée, il résulte que cette dernière, « véritable réaction de présence » (Ribadeau-Dumas) permet d'affirmer l'existence d'une tuberculose quand elle est positive. Mais elle ne donne pas de données nettes sur le degré de l'infection, et négative elle n'infirmes pas le diagnostic de tuberculose.

SIGNES D'EXTÉRIORISATION

Ce sont des symptômes que l'on a décrits comme étant très fréquents et que cependant nous n'avons retrouvés qu'assez rarement en parcourant les nombreuses observations de l'Hôpital Hérold. Nous étudierons par ordre de fréquence et d'importance décroissantes :

- 1) Les adénopathies ;
- 2) Les manifestations cutanées ;
- 3) Les lésions osseuses.

ADÉNOPATHIES. — Les adénopathies sont les plus fréquentes des manifestations extérieures. Elles se présentent le plus souvent sous forme de micropolyadénopathie. Le temps est déjà éloigné où Leroux en montrait les caractères et l'importance. Depuis, presque tous les auteurs en ont décrit la localisation la plus fréquente, les lésions. Pour tous, il est actuellement bien démontré, qu'isolé ce signe n'a pas de valeur. On le rencontre, en effet, dans les affections de la peau, la rougeole, la syphilis héréditaire. Mais est-il associé à d'autres signes qu'il prend une grande valeur.

Les ganglions de l'aîne sont sans importance. Huti-

nel et Tixier attachent surtout de l'importance à l'adénite axillaire : notre Maître le D^r Barbier, à la réunion des adénites axillaires et cervicales, ou à l'une ou l'autre de ces deux adénopathies. L'étude anatomopathologique a montré combien était fondée cette manière de voir ; dans nos observations nous en trouvons de nombreux et probants exemples.

Ex. ; observations 3, 7, 11, 12, 13, 15, 18, 29, 40.

MANIFESTATIONS CUTANÉES : Beaucoup moins fréquentes sont encore les manifestations cutanées. Parmi celles-ci, il en est une dont la présence est d'un gros intérêt diagnostic. Il s'agit des gommes. Elles se présentent presque toujours sous forme d'abcès nodulaires cutanés ou sous-cutanés, de grosseur variable, souvent assez petits, peu douloureux, traînant, sans guérison rapide, puis tout à coup disparaissant d'elles-mêmes, et dans le pus desquelles on trouve des bacilles de Koch.

Ex. : 9, 34.

Leur présence chez des enfants présentant d'autres lésions peu nettes, facilite singulièrement la nature de ces dernières.

Mais il est des cas bien plus fréquents où des nourrissons paraissant atteints de tuberculose, présentent de la pyodermie, des abcès multiples sans bacilles de Koch, des infections cutanées rebelles, des abcès du cuir chevelu s'aggravant malgré les soins et que nous ne pourrions nous empêcher de cataloguer tuberculeux.

Ex. : 1, 34, 36.

De ces lésions nous rapprocherons également certains œdèmes des membres, certaines bouffissures de la face dont l'origine n'est expliquée ni par une atteinte rénale, ni par aucune autre cause et que notre maître aimait à croire de nature bacillaire.

Ex : 35.

Nous citerons encore les tuberculides papulo squameuses (n^{os} 1, 34), grosses comme une tête d'épingle, surtout localisées au niveau des extrémités, les tuberculides papulo-nécrotiques, plus grosses, dont le centre se creuse ; enfin d'autres lésions qui nous ont paru très rares et dont l'origine n'est pas encore absolue, telles que le lichen scrofulosorum, la conjonctivite phlycténulaire (n^o 14), la rhinite chronique catarrhale d'Escherich, les pustules ecchymotiques sur les faces dorsales des mains, les tache purpuriques de l'abdomen. Enfin nous ne citerons que pour mémoire un certain œdème de la lèvre inférieure dû, pour Pfauender, à l'écoulement de sérosité contenant de la tuberculine et sortant du nez. Nous n'avons jamais rencontré cet œdème chez des nourrissons, mais seulement chez des enfants plus grands, et encore nous a-t-il été impossible d'en faire une lésion tuberculeuse.

MANIFESTATIONS OSSEUSES. — Parmi les lésions osseuses, le spina ventosa a surtout une grande valeur. Nous l'avons rencontré plusieurs fois (8, 40), et aujourd'hui l'on ne discute plus sur sa nature. Les ostéites, les abcès ossifluents, les ostéo-arthrites, nous ont paru aussi nombreuses.

Enfin nous avons rencontré très souvent une lésion sur laquelle Triboulet et Ribadeau-Dumas ont insisté, à savoir : l'ostéopériostite des os plats du crâne chez les nourrissons tuberculeux. Ces productions, qui sont des lésions miliaries osseuses où l'on a pu découvrir des bacilles de Koch, se sont le plus souvent présentées à nos yeux sous forme de bosses frontales exagérées (30, 12). En somme, lésions analogues à celles que l'on rencontre dans le rachitisme. Or, si nous consultons les observations recueillies à l'hôpital Hérold, nous notons fréquemment, en effet, à côté des lésions nettes de tuberculose, des signes de rachitisme.

Exemple :

Observation 1 : rachitisme.

Observation 4 : rachitisme.

Observation 9 : rachitisme très accentué.

Observation 12 : asymétrie crânienne ; bosses frontales et pariétales exagérées.

Observation 21 : chapelet costal ; tibias incurvés ; bosses frontales exagérées ; déformation vertébrale.

C'est qu'à côté des manifestations osseuses dont nous avons fait mention plus haut, il en est d'autres que Marfan a décrites sous le nom de rachitisme tuberculeux et qui se manifestent « tantôt par des signes légers d'ostéisme, tantôt par le tableau complet du rachitisme ». Il est du plus haut intérêt de ne pas confondre ces lésions avec celles de la syphilis héréditaire. (Wasserman +, Coryza, ulcérations cutanées, etc., etc., anémie verte.

SIGNES DE LOCALISATION

Après avoir passé en revue les signes généraux et les signes d'extériorisation, il nous reste maintenant à examiner les divers appareils que touche le plus souvent la tuberculose, et en particulier le poumon.

APPAREIL PULMONAIRE. — C'est qu'en effet cet organe est touché dans 90 % des cas (Sergent), et c'est là que presque toujours il faut chercher la lésion initiale, le chancre d'inoculation. Mais à ce tubercule initial répond toujours une adénopathie médiastine (loi de l'adénopathie similaire) d'où :

Des signes fournis par l'examen des poumons ;
Des signes fournis par l'examen du médiastin.

Malheureusement, ces signes pulmonaires, si importants soient-ils, ne donnent pas les renseignements nets et précis qu'ils nous donnent chez l'adulte et nombreux sont les cas où malgré l'importance des signes ganglio-pulmonaires constatés à l'autopsie, le tableau clinique n'a été que celui d'une infection généralisée banale, due à l'imprégnation tuberculeuse totale.

Nous étudierons successivement les signes fonctionnels, les signes physiques et enfin les signes donnés par le microscope et la radiographie.

SIGNES FONCTIONNELS

Toux. — Dans 47 observations, nous l'avons notée 22 fois. Et pourtant cette fréquence est insuffisante à traduire les nombreuses lésions pulmonaires observées. Car bien souvent à l'autopsie, avons-nous été frappés de trouver des lésions anatomiques étendues chez des enfants qui cependant n'avaient pas toussé. C'est qu'en effet les caractères de cette toux sont extrêmement variables. Le plus souvent sèche, ou sèche et quinteuse, puis grasse et quinteuse, elle est souvent aussi violente, fréquente ; ou fréquente, rauque, aboyante.

D'autrefois, ainsi que nous l'avons souvent observé à Héroid, elle revêt le type de *toux dite médiastinale*, de compression ou d'irritation médiastinale. Elle est bruyante, métallique, ressemblant parfois assez à la toux de la coqueluche, mais sans en présenter la reprise ou l'expectoration filante. En résumé, extrême variabilité de ses caractères, d'où difficulté d'en faire un signe isolé, pathognomonique de la bacillose pulmonaire. Cependant il nous a paru que sa ténacité, malgré les meilleurs traitements, devait souvent attirer l'attention et faire craindre une évolution tuberculeuse.

DYSPNÉE. — Signe beaucoup moins fréquent que le dernier, signe trompeur (car on le rencontre surtout dans nombre d'affections aiguës du poumon), signe enfin très variable, car il se présente tantôt sous forme d'une simple accélération de la respiration, tantôt sous celle de l'asphyxie.

EXPECTORATION. — La toux nous amène à parler de l'expectoration. Le nourrisson déglutit les crachats que la toux grasse expulse de ses bronches ; c'est donc au moment où le crachat va être dégluti que le doigt enveloppé de coton doit aller l'accrocher. A l'hôpital Hérold où cette manœuvre est faite minutieusement pour tous les nourrissons suspects de tuberculose pulmonaire, il est devenu très facile de procéder à l'examen bactériologique des crachats, et la constatation de bacilles de Koch permet d'affirmer la tuberculose, et surtout de faire songer à une lésion ulcéreuse, rendant ainsi le pronostic beaucoup plus sévère.

La présence de bacille de Koch dans les crachats n'est pas rare. Dans 47 observations nous l'avons rencontré sept fois (Observations 13, 20, 21, 23, 26, 27, 28).

CORNAGE. — Moins fréquent encore est le cornage expiratoire bronchique des jeunes nourrissons tel qu'il a été décrit par Variot et Bruder.

Toutes les fois que nous l'avons observé, il s'agissait d'un cornage inspiratoire s'accompagnant de toux rauque et aboyante, d'accès de suffocation, de cya-

nose, signes alors en rapport avec un gros thymus, trouvé à l'autopsie, ou en rapport avec un spasme glottique. A ce propos nous rappellerons qu'il est fréquent de trouver chez les nourrissons de tels accès dus à la présence de ganglions bronchiques hypertrophiés (Obs. 13).

SIGNES PHYSIQUES

Nous les étudierons comme nous avons coutume de le faire au lit des malades, c'est-à-dire dans l'ordre suivant :

INSPECTION. — C'est surtout dans les cas d'adénopathie trachéo-bronchique, quand la tuberculose lèse surtout les ganglions du Hile, que l'inspection donne des renseignements. Dans ce cas, en effet, cette fluxion ganglionnaire donne parfois un signe particulier : *le tirage*. Le tirage, dans ce cas, présente les caractères suivants : il est plutôt expiratoire ; il prédomine surtout à la partie inférieure du plastron sterno-costal ; différant, par conséquent, du tirage dû à un gros thymus et dont les caractères décrits par Marfan et Barbier, sont les suivants : sus-sternal, donnant un aplatissement latéral du thorax, avec projection du sternum en avant.

LA PALPATION difficile à rechercher chez de jeunes nourrissons, donne cependant assez souvent d'utiles renseignements. Il faut savoir profiter du moment où les enfants pleurent (au besoin susciter ces cris) pour rechercher des signes de condensation pulmonaire ou d'épanchement pleural.

PERCUSSION. — Plus importante que la palpation, la percussion ne donne cependant pas de renseignements très précis. Elle décèle parfois, au niveau de la zone interscapulo-vertébrale, une résistance au doigt, submatité ou matité, traduisant une adénopathie hilare, mais elle n'a vraiment d'importance que lorsqu'elle se présente en même temps que d'autres signes de bacillose, et surtout quand elle est un signe fixe. Et c'est en effet cette *fixité* que nous avons notée dans le plus grand nombre de nos observations. (Obs. 32, 38).

A L'AUSCULTATION, les signes trouvés dans les cas de tuberculose du poumon sont si variables que leur interprétation est encore plus difficile. Quelle que soit la lésion anatomique rencontrée, on peut en effet observer tous les signes : Ce sont tantôt des modifications du murmure vésiculaire, tantôt des râles secs ou humides, tantôt des souffles pouvant revêtir le caractère rude ou tubaire ou pseudo-cavitaire, ou amphorique, caractères qui peuvent être plus ou moins modifiés par la compression d'une grosse bronche ou de plusieurs bronches par un ganglion. Aussi n'est-il pas étonnant d'avoir tantôt le tableau d'une bronchite banale, tantôt celui d'une broncho-pneumonie, tantôt celui d'une tuberculose ulcéreuse ou d'un épanchement enkysté, etc., alors que l'autopsie ne nous montre pas de lésions correspondant à de tels signes.

De l'étude de ces lignes, il semble qu'on doive cependant tirer la conclusion suivante : c'est qu'ils

sont surtout des signes de bacillose quand ils sont localisés, unilatéraux, fixes ; quand, en un mot, au cours de la maladie, ils attirent constamment l'attention, et que traités ils résistent indéfiniment.

Heureusement, la radioscopie et la radiographie donnent souvent un appui réel au diagnostic clinique posé sans certitude. Sans doute l'adénopathie médiastine échappe parfois à ces moyens d'investigation, sans doute la tuberculose aiguë des poumons, la granulie ne donnent que des ombres insuffisamment visibles, mais en revanche, dans les formes de tuberculose ganglio-pulmonaire à marche chronique, dans les cas par conséquent qui frappent les nourrissons déjà avancés en âge, on trouve au contraire des images nettes. Non seulement ces moyens de diagnostic révèlent les ombres ganglionnaires, mais très souvent également l'attente du parenchyme lui-même nous est révélée par les opacités pulmonaires. Par eux nous distinguons souvent la spléno-pneumonie de la pleurésie, et par eux également nous arrivons au diagnostic de ces broncho-pneumonies de nature imprécise, car ils nous permettent de suivre l'évolution de ces ombres irrégulières, d'intensité faible, ou inégales, correspondant souvent à des foyers tuberculeux plus ou moins entourés d'une zone de congestion souvent assez marquée pour s'opposer à la pénétration des rayons X. Enfin la radioscopie et la radiographie nous aident souvent à faire le diagnostic différentiel entre l'adénopathie médiastine et le gros thymus. Il suffit de relire les rè-

gles classiques données par Marfan, concernant ce diagnostic différentiel, pour se rendre compte de son utilité.

TUBERCULOSE DES AUTRES VISCÈRES. — Si nous avons surtout insisté en étudiant les principaux signes de la tuberculose du nourrisson, sur ceux fournis par l'examen de l'appareil pulmonaire (parce qu'ils nous ont paru les plus fréquents), il n'en est pas moins vrai que souvent l'examen de l'abdomen donne d'utiles renseignements et que très souvent l'autopsie montre l'atteinte de ses organes par le B. K., prouvant une fois de plus que la tuberculose du nourrisson a une remarquable tendance à se généraliser.

LE FOIE est tantôt douloureux, tantôt non douloureux.

Il est parfois petit (foie hérédotuberculeux) présentant des lésions de sclérose périvasculaire extra et intrabulaire, accompagnées de dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques, lésions dont l'origine semble très ancienne et qui tendent peut-être à prouver l'origine congénitale de certaines tuberculoses du nourrisson, l'infection s'étant faite par la veine ombilicale (Barbier). Plus souvent le foie est gros, présentant tantôt de simples lésions dégénératives, tantôt des lésions spécifiques (Ex. : Note sur un cas de tuberculose du foie chez un nourrisson de trois mois et demi. (*Archives de Médecine des Enfants*, t. XVIII, n° 8, 1915). Observations : 29, 32, 33, 34, 35, 38, 42, 47.

LA SPLÉNOMÉGALIE est aussi très fréquente. Il s'agit parfois d'une simple augmentation de volume, mais plus souvent encore on trouve à l'autopsie une rate véritablement bourrée et farcie de granulations.

LA TUBERCULOSE DU PÉRITOINE se traduit le plus souvent par de la circulation collatérale, du météorisme, une augmentation de volume de l'abdomen, sans élévation de température, sans forte douleur. Elle s'accompagne fréquemment de troubles digestifs accentués, qui tirent leur origine beaucoup plus de l'infection bacillaire que de lésions intestinales souvent rares chez le nourrisson.

Plus importants sont les signes méningo-nerveux. Nous savons, en effet, combien est fréquente la méningite soit comme accident initial, soit comme accident terminal (une lésion pulmonaire ou abdominal existant déjà).

Nous ne rappellerons pas ici les signes de la méningite tuberculeuse ; nous ne ferons que mentionner les signes qui permettent de dépister ou de soupçonner une évolution méningée (changement de caractère, amaigrissement, inégalité et instabilité du pouls, somnolence, fixité du regard, vomissements faciles, convulsions).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

TROUBLES DIGESTIFS ET ATROPHIE. BRONCHO-PNEUMONIE
TUBERCULEUSE AVEC POUSSÉE GRANULIQUE TERMIDALE.
FONTE CAVITAIRE DES FOYERS BRONCHO-PNEUMONIQUES.
MORT A 7 MOIS ET DEMI.

Service du D^r Barbier, Hérold, 1905, filles, n° 40

Déb... Georgette, 6 mois et demi, entrée le 13 février 1905 : suralimentation au lait de vache, troubles digestifs, érythème fessier.

Née à terme, de parents bien portants, élevée au lait stérilisé. Arrêt de croissance, il y a deux mois, puis amaigrissement. Poids 4 k. 340.

Enfant chétive, à chairs flasques, à peau ridée, rachitique. Erythème papulo-érosif. Cicatrices d'abcès cutanés à la région angulo-maxillaire gauche.

Coryza.

Bronchite légère.

Mauvais état digestif : selles vertes, glaireuses, fétides, abondantes. Gros foie.

17 février : Mauvais état digestif.

Foyers broncho-pneumoniques (souffles, râles sous-crépitants, retentissement du cri) aux deux sommets et à la base droite. Râles de bronchite disséminés.

26 février. — Persistance des mêmes signes pulmonai-

res, râles humides en foyers et râles de bronchite disséminés.

Mauvaises selles. Abscès multiples.

4 mars. — Au sommet droit, en avant et en arrière (fosses sus et sous-épineuses) : Souffle inspiratoire et expiratoire, retentissement du cri, râles sous-crépitants.

A la base gauche petit foyer : souffle, râles, retentissement du cri.

Le souffle du sommet droit se propage jusqu'à la région hilare. Râles de bronchite disséminés.

Persistance du mauvais état digestif : selles épaisses, pâteuses, fétides.

13 mars. — Apparition de convulsions. Collapsus. Dyspnée violente. Mort rapide en hyperthermie (41°8) : probablement septicémie tuberculeuse ou banale suraiguë. Pendant le séjour à l'hôpital le poids de l'enfant est tombé de 4 k. 340 à 3 k. 360.

La température a oscillé irrégulièrement au voisinage de 38°.

Autopsie.

Poumon droit. — Pleurite adhésive très étendue surtout marquée à la base, en avant, et à la face médiastinale du poumon.

Aux lobes supérieur et moyen, résistance au doigt, très nombreux tubercules miliaires, quelques-uns ramollis.

A la partie inférieure et au centre du lobe supérieur, immédiatement au-dessus de la scissure, caverne du volume d'une noix, remplie de pus ; à son voisinage 3 petites cavernules, au centre d'un gros foyer de broncho-pneumonie caséuse avec ramifications en chou-fleur.

Foyer congestif avec lésions tuberculeuses moins avancées au lobe inférieur.

Poumon gauche. — Tubercules conglomérés assez

nombreux. Au sommet, granulations disséminées avec congestion dans tout le poumon.

Ganglions. — Volumineux et congestionnés surtout à droite, ganglions caséux prétrachéo-bronchiques droits.

Cœur. — Etat œdémateux des valves mitrales. Thrombose du cœur droit, paraissant récente.

Foie. — Gros, gorgé de sang.

Reins. — Gros et mous, paraissant dégénérés, quelques granulations à la coupe.

Rate. — Quelques tubercules.

Péritoine criblé de granulatoins plus ou moins confluentes, surtout nombreuses dans l'étage sus-méso-colique et au niveau des séreuses péri-viscérales du foie et de la rate.

Ganglion mésentériques hypertrophiés, non caséux.

OBSERVATION II.

HÉRÉDITÉ BACILLAIRE. TUBERCULOSE LATENTE. GRANULIE TERMINALE. CAVERNE DU SOMMET DROIT. AGE DU DÉCÈS : 9 MOIS.

Service du Dr Barbier. Hérold, Garçons, n° 80, 1905

Dec... Paul, 8 mois, entre à Hérold le 3 mai 1905 parce qu'il tousse.

Peu de renseignements sur son passé pathologique. Mère morte tuberculeuse.

Quelques râles de bronchite dans les deux poumons. Pas de matité à la percussion.

Constipation opiniâtre. Bon aspect général. Poids 6 kg. 590.

Le 9 mai on note au sommet droit une diminution de

la sonorité avec inspiration soufflante, expiration prolongée et soufflante.

Le 12 mai, accentuation des signes congestifs du sommet droit.

A cette date, apparition des premiers symptômes d'une méningite tuberculeuse à laquelle l'enfant succombe le 29 mai.

Autopsie.

Poumon droit. — Au sommet, cavité du volume d'une grosse cerise remplie d'un pus crémeux sans odeur. Dans le reste du poumon, îlots congestifs très accentués et tubercules disséminés.

Poumon gauche. — Sommet congestionné, résistant au toucher, densifié. Base d'apparence saine, souple au toucher, de densité normale.

Plèvres. — Ni épanchement, ni adhérences.

Cœur. — Tuméfaction œdémateuse des valvules aortiques. Pas de péricardite.

Encéphale. — Hypertension ventriculaire. Vascularisation intense de la base. Nombreuses granulations périmériennes très petites.

Granulations disséminées dans le foie et la rate. Péritoine épaissi, parsemé de granulations, surtout nombreuses, à la face convexe du foie et sous le diaphragme. Pas d'ascite.

OBSERVATION III

HÉRÉDITÉ TUBERCULEUSE. PHTISIE CAVITAIRE HÉMOPTOIQUE. MORT A UN AN ET DEMI. SANS AUTOPSIE.

Service du Dr Barbier. Hérold, 1906, n° 105

Conn... Louise, amenée à Hérold, à l'âge de 18 mois, parce qu'elle tousse et maigrit.

Mère tuberculeuse, père inconnu. L'enfant a été mise en nourrice dès sa naissance, mais l'observation ne nous dit pas si elle a été par la suite en contact avec sa mère, morte il y a deux mois. Elle a, à ce moment, été recueillie par une sœur de sa mère ; dès cette époque, l'enfant était très maigre, toussait, avait fréquemment de la diarrhée. Depuis lors son état s'est aggravé ; l'appétit cependant est resté bon.

Le 20 juin 1906, jour de son admission, son poids est de 6 kg. 700.

Aspect minable, cachectique.

Ventre gros, légèrement tendu ; petite hernie ombilicale. Faciès pâle, yeux éteints, excavés.

Micropolyadénopathie (inguinale, axillaire, cervicale).

Râles humides disséminés dans les deux poumons.

Souffle léger aux deux sommets. Sonorité normale à la percussion (?) Toux grasse, fréquente, par petites quintes. Température 39°.

25 juin, Perte de l'appétit.

Quelques vomissements.

Apparition d'œdème malléaire.

Fièvre irrégulière entre 38° et 39°.

Les signes pulmonaires prennent le type nettement cavitairé (souffle et gargouillement). L'aspect de l'enfant est celui d'une véritable phtisique ; le diagnostic de tuberculose est confirmé par l'apparition de deux petites hémoptysie (Examen bactériologique non fait).

L'enfant meurt le 20 juin de cachexie progressive.

Autopsie non faite.

OBSERVATION IV

BRONCHO-PNEUMONIE TUBERCULEUSE CAVERNEUSE DIFFUSE
DU POUMON GAUCHE. TUBERCULOSE MOINS AVANCÉE DU
POUMON DROIT. BACILLOSE EN ÉVOLUTION APPARENTE DE-
PUIS L'ÂGE DE 14 MOIS.; DÉCÈS A 20 MOIS.

Service du D^r Barbier. Hérold, 1906, n° 163

Denam... Armande, 19 mois, entrée le 29 octobre 1906, salle Gübler.

Née à terme, de parents bien portants ayant eu deux autres enfants bien portants. Nourrie au sein jusqu'à 15 mois. A 13 mois convulsions de cause non élucidée ; à 14 mois troubles digestifs soignés à l'hôpital Hérold (salle G. de Mung). Depuis cette date, persistance de la diarrhée et du mauvais état général. Depuis cette époque également (depuis l'âge de 14 mois), l'enfant tousse sans cesse, transpire la nuit, dort peu, a beaucoup maigri ; se plaint souvent de la tête.

Pas de vomissements, ni de convulsions.

A l'entrée à l'hôpital : enfant rachitique, très amaigrissement. Dyspnéique, cyanosée.

Examen pulmonaire : souffle à timbre aigu au sommet gauche avec râles humides nombreux disséminés (bruit de friture).

Mêmes signes à la base, moins nets à la partie moyenne. Quelques râles humides et râles de bronchite au poumon droit.

Ventre pâteux, mou, flasque, légèrement douloureux à la palpation.

Selles fétides, épaisses, glaireuses. Température, 39°.

4 novembre. — Les signes pulmonaires ont persisté en s'accroissant.

Cyanose intense, température oscillante (38°5 à 40°). Selles fétides, glaireuses.

Décès le 8 novembre.

Autopsie le 10 novembre.

Poumon droit farci de granulations dans toute sa hauteur.

Poumon gauche creusé de très nombreuses cavernules, transformé en véritable tissu spongieux ; pus abondant non fétide ; 2 cavernes assez volumineuses occupent la base et le sommet.

Cœur. — Epanchement péricardique assez abondant, sérieux.

OBSERVATION V

HÉRÉDITÉ TUBERCULEUSE ET PEUT-ÊTRE SYPHILITIQUE.

TROUBLES DYSPEPTIQUES DE LONGUE DURÉE. MORT A UN AN. CAVERNE DU LOBE SUPÉRIEUR DU POU MON GAUCHE.

Service du D^r Barbier, Hé rold, 1906, n° 174

Mong... Marguerite, 8 ans, admise le 7 novembre 1906 pour troubles intestinaux.

Née à terme, nourrie un mois au sein, puis au biberon. Diarrhée fréquente, parfois sanguinolente depuis le début de l'allaitement artificiel, plus accentué depuis quelques jours.

Hérédité tuberculeuse (mère), père bien portant. Dix autres enfants, dont 5 morts en bas âge.

En plus de cette polynalité avec polylethalité, quelques stigmates notés chez l'enfant font songer à l'hérédo-syphilis : bosses frontales et pariétales très développées, nez effondré.

L'enfant est très émacié, il pèse 5 k. 520 ; masses musculaires très réduites.

Selles diarrhéiques, glaireuses, très colorées en vert.

Examen pulmonaire absolument négatif à l'admission. Pendant son long séjour à l'hôpital (3 mois $\frac{1}{2}$), les troubles digestifs persistent, avec alternative de diarrhée glaireuse et de constipation avec selles pâteuses toujours fétides et mal digérées. Gros ventre flasque. Ni gros foie, ni grosse rate.

Poids d'abord stationnaire, puis chute de poids (fin décembre 1906) à 4 k. 950.

A cette époque (fin décembre 1906), on note des signes congestifs du sommet du poumon droit (matité et souffle expiratoire), puis l'enfant contracte la diphtérie (31 décembre) et une otite avec paralysie faciale droite.

En janvier 1907, infection cutanée rebelle avec abcès du cuir chevelu, mauvais état général.

Poids stationnaire (maximum 5 k. 300).

Fin janvier. — Amélioration de l'état général, de l'état digestif, et des infections cutanées, persistance des signes pulmonaires.

30 janvier. — Les selles sont brunes ; cependant nouvelle chute de poids.

Aux pœmons, matité du sommet gauche en avant ; matité légère du sommet droit.

15 février. — Reprise de l'infection cutanée et des troubles digestifs. Mauvais appétit.

Submatité du poumon gauche avec râles de bronchite disséminés.

L'état général s'altère rapidement, les râles de bronchite augmentent, l'infection de la peau et du cuir chevelu s'aggrave et s'étend. L'enfant meurt le 25 février 1907.

Evolution presque apyrétique jusqu'à fin décembre, puis fièvre irrégulière, d'abord légère (38°), puis à 39° (fin janvier), finalement à type oscillant 38°5 à 40° du 8 au 25 février.

Autopsie, 27 février 1907.

Symphyse pleurale du poumon gauche au sommet, en

haut et en dehors. Adhérences du péricarde au lobe inférieur du poumon gauche en avant. Médiastinite calleuse.

Quelques petits ganglions à droite de la trachée. Le groupe juxta-trachéo bronchique gauche est très hypertrophié. Quatre ganglions dont l'un volumineux, montent le long du bord gauche de la trachée, se confondent avec la chaîne du récurrent et englobent le nerf.

Gros ganglions intertrachéo-bronchiques. Amas ganglionnaires assez volumineux au niveau même du lobe gauche.

Poumons très congestionnés, indurés, résistants à la coupe, surtout dans leurs lobes supérieurs.

Au poumon gauche, granulations sous-pleurales, surtout nombreuses dans l'interlobe. A la coupe, vaste caverne (du volume d'une petite noix), du lobe supérieur, remplie de pus, aux bords déchiquetés et anfractueux, sans communication apparente avec la bronche. Tout autour dans le reste du lobe, zone de tissu splénisé.

Au poumon droit, foyer de splénisation au sommet. Aux deux bases, congestion sans condensation du parenchyme. Foie jaune, dégénérescence graisseuse.

Nombreux tubercules saillants à la surface de la rate.

Au cœur, endocardite marginale de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.

OBSERVATION VI

HÉRÉDITÉ TUBERCULEUSE. ATROPHIE. CACHEXIE PROGRESSIVE. MORT A SIX MOIS. CAVERNE DU LOBE MOYEN DU POU-MON DROIT.

Service du D^r Barbier, Hérold, 1906, n° 209

Simon... Blanche, 4 mois, entrée à Gübler le 21 décembre 1906 pour amaigrissement progressif et toux.

Née à terme, pesait 3 k. 500 ; nourrie quelques jours au sein ; la mère malade entre, avec son enfant à l'hôpital Tenon, où l'enfant est mise au biberon. De Tenon elle est envoyée à Héroid, parce qu'elle tousse continuellement, a eu plusieurs poussées d'entérite et dépérit.

Le père de l'enfant est bien portant ; sa mère est manifestement tuberculeuse. Trois autres enfants sont bien portants.

21 décembre. — Poids de l'enfant : 3 k. 250.

Selles fétides, épaisses. Constipation.

Difficulté à prendre le biberon.

Vomissements fréquents.

Ventre volumineux et dur. Foie un peu gros.

Erythème fessier.

Aux poumons, on note seulement un léger souffle du sommet droit (fosse sus-épineuse). Pas de fièvre.

Le 28 décembre. — Bronchite généralisée. Température 38°. Selles bonnes. Quelques vomissements. Amaigrissement.

8 janvier 1907. — Dépérissement rapide. Poids : 2 k. 900. Matité du sommet droit en avant et en arrière ; retentissement du cri ; souffle respiratoire.

Température presque normale (37° à 37°4).

23 janvier. — Cachexie progressive. Poids : 2 k. 650.

Au poumon, matité du sommet droit et dans une zone assez étendue en arrière, avec souffle et râles fins.

L'enfant meurt le 29 janvier, sans avoir présenté en somme d'autres symptômes d'évolution de son affection qu'une atrophie progressive et ayant atteint un degré extrême.

La température n'a pas dépassé 38° et s'est maintenue le plus souvent au voisinage de 37°.

Autopsie le 30 janvier 1907.

Gros ganglions trachéo-bronchiques droits ; cinq ou six d'entre eux sont caséux. Ganglions interbronchiques

et intertrachéo-bronchiques, gros comme des noisettes, ganglions du groupe bronchique droit atteignant les 2° et 3° ramifications bronchiques (gros comme des lentilles).

Poumon droit. — Lobe supérieur, congestion avec granulations grises et jaunes abondantes ; à la partie inférieure du lobe, petits foyers caséeux ramollis. Lobe moyen complètement hépatisé ; adhérences pleurales au milieu du lobe : caverne du volume d'une noisette.

Lobe inférieur farci de granulations avec lésions de splénisation.

Poumon gauche. — Lobe supérieur farci de granulations. Lobe inférieur : même aspect, foyer d'hépatisation.

Cœur. — Petites végétations sur le bord libre de la mitrale.

OBSERVATION VII

ATROPHIE CONSIDÉRABLE. HÉPATOSPLÉNOMÉGALIE. ICTÈRE.

MORT A 2 ANS. CAVERNE DU SOMMET DROIT ; TUBERCULOSE PULMONAIRE ET MÉDIASTINALE, GRANULIE HÉPATOSPLÉNIQUE.

Service du D^r Barbier, Hérold, 1908, J. S., n° 29

L... Henri, 2 ans, entré le 8 février 1908.

Sans hérédité tuberculeuse apparente. Rachitique; retard de développement considérable. (Poids : 5 k. 850, l'enfant aurait pesé 4 k. 250, à la naissance). Soupçons d'hérédo-syphilis : papules suspectes sur le tronc, cicatrices douteuses aux cuisses, érosion suspecte du pavillon de l'oreille; déformations squelettiques, spléno-hépatomégalie et ictère avec décoloration des matières apparus récemment après une période de troubles digestifs

qui dure depuis trois mois. Polymicro-adénopathie, axillaire, cervicale, inguinale.

Aux poumons. — Matité, diminution de murmure vésiculaire, souffle expiratoire dans la fosse sous-claviculaire droite.

Matité des foses sus et sous-épineuses et de la région hilaire à droite.

Retentissement du cri et souffle à timbre grave, tubaire ; par ailleurs, tous les signes d'un ictère par rétention. Température 38°.

Amaigrissement rapide. Mort le 12 février.

Autopsie : 14 février 1908.

Foie. — Dégénérescence graisseuse ; semis blanchâtre de granulations tuberculeuses très nombreuses.

Rate. — Granulations sous-capsulaires et intra-parenchymateuses.

Péricarde. — Distendu par liquide louche, puriforme et teinté de bile.

Ganglions trachéo-bronchiques en masse volumineuse masquant l'origine des gros vaisseaux englobés dans une gangue fibro-adipeuse, surtout adhérente à droite ; un de ces ganglions est ramolli, d'autres sont caséux, mais non ramollis.

Le poumon droit adhère fortement à la plèvre pariétale.

- Au sommet, caverne du volume d'une amande avec infiltration granulique à sa périphérie.

Dans le reste des poumons, tubercules crus disséminés, gros comme des pois.

Ganglions mésentériques paraissant normaux.

OBSERVATION VIII

HÉRÉDO-SYPHILITIQUE. AGÉE DE 16 MOIS. TUBERCULOSE CASSÉEUSE DU MÉDIASTIN ET DU POUMON DROIT. MORT AVEC HYPERTHERMIE ÉNORME, ASSOCIATION PROBABLE DE SEPTICÉMIE BANALE. CAVERNE GANGLIONNAIRE DU HILE DROIT.

Service du D^r Barbier, Hérold, 1908, n^o 43, J. S.

Frid... Andrée, 16 mois, entrée le 2 mars 1908 pour œdème des mains et troubles digestifs.

Née à terme, au biberon jusqu'à 14 mois, puis abandonnée par sa mère.

Stigmates d'hérédo-syphilis : nez écrasé, retard de la dentition, micrisodontisme, hyperostose sous-périostée, en verre de montre à la face antéro-interne du tibia droit; fissures des commissures labiales. Ostéo-périostite hypertrophiante des troisième et quatrième métacarpiens de chaque côté, accompagnée de gonflement et de dilata-tions vasculaires ; légère douleur à la pression. Spina ventosa de la première phalange des deux annulaires (tuberculose ou syphilis). Rachitisme accentué.

Mauvais état digestif. Selles dures et fétides. Très gros foie. Grosse rate.

Température à l'entrée 37°. Poids 8 k. 950.

Etat stationnaire pendant une semaine.

Élévation thermique à 39° le 8 mars au matin, à 40° le 8 au soir, à 41° le 9 mars. Quelques vomissements.

Le 10 mars. — Température 40°6, foyers broncho-pneumoniques à la base droite.

13 mars. — Température 41°, submatité de la base droite, gros souffle et nombreux râles ; submatité et retentissement du cri à la partie moyenne du poumon droit.

Mauvais état digestif. Selles acholiques.

18 mars. — Les foyers broncho-pneumoniques gagnent la partie supérieure du poumon droit, atteignant

presque le sommet ; nombreux râles à la base, souffle à ce niveau. Température constamment à 41° ; ayant atteint le 14 mars un maximum de $41^{\circ}8$.

Dans la soirée, apparition de convulsions suivies de coma. L'enfant succombe le 19 au matin.

Autopsie le 20 mars 1908.

Volumineux ganglions trachéo-bronchiques, du volume d'une noisette, à celui d'une grosse noix ; les plus gros appartiennent au groupe prétrachéobronchique droit.

Certains d'entre eux présentent une coque fibreuse très épaisse et un noyau central caséeux très petit ; l'un d'eux forme une épaisse masse ramollie ouverte dans une bronche.

Poumon droit. — Caverne s'enfonçant dans le lobe moyen au niveau du hile et qui n'est autre que le gros ganglion noté ci-dessus ouvert dans une grosse bronche.

Dans les 3lobes, aspect du poumon splénisé, portant sur son fond rougeâtre de nombreux points jaunâtres du volume d'un grain mil à celui d'un poids (tubercules caséeux) ; bronches dilatées laissant sourdre du pus en abondance.

Au poumon gauche, congestion de la base.

Cœur normal.

Foie de coloration rosée, avec des zones plus jaunes de dégénérescence graisseuse (confirmée par l'examen histologique, absence de follicules tuberculeux).

Le foie est volumineux, pesant 405 grammes.

Rate. — Périsplénite légère, pas de granulations à la coupe.

OBSERVATION IX

CACHEXIE TUBERCULEUSE. DESTRUCTION CAVITAIRE DU
SOMMET DU POUMON GAUCHE. TUBERCULOSE CASÉEUSE DU
MÉDIASTIN, ABCÈS FROIDS MULTIPLES. MORT A UN AN.

Service du D^r Barbier, Hérold, 1908, n° 56, J. S.

Paul... Roger, un an, entré le 27 mars 1908 ; rachitisme très accentué, abcès froids, infection bronchique, et rhino-pharyngée.

Né à terme, de parents paraissant sains, élevé au biberon en nourrice jusqu'à 10 mois. Bien portant jusqu'à 7 mois ; a commencé à maigrir à cette époque en même temps qu'apparaissaient les déformations osseuses et les abcès froids. Pesait 3 k. 250 à la naissance, pèse à 1 an 5 k. 700.

Enfant très pâle, cachectique, à peau amincie et ridée, anémié. Petits ganglions axillaires et cervicaux durs, roulant sous le doigt. Rachitisme très accentué. Nombreuses petites tumeurs molles ou rénitentes, fluctuantes, du volume d'un poids à celui d'une noix, à la pointe de l'omoplate gauche, à la face dorsale de l'avant-bras droit, au bord cubital du métacarpe droit, à la face postéro-interne de la cuisse droite, à la face antérieure de la cuisse gauche. L'examen du pus retiré d'un de ces abcès, montre la présence de quelques bacilles de Koch. Au deuxième orteil droit, abcès froid ulcéré ossifluent typique.

Infection rhino-pharyngée avec coryza muco-purulent.

Toux légère, peu fréquente.

Examen pulmonaire négatif.

Température 37°8. Enfant très agité.

30 mars. — Fièvre 38°.

Selles grumeleuses, mal digérées.

Enfant très agité.

31 mars. — Agitation très marquée. Apparition de strabisme convergent.

Dyspnée. — 80 respirations par minute.

Toux sèche.

Au sommet du poumon gauche : submatité à la percussion et petit souffle. Temp. : 39°.

Mort dans la nuit, après élévation thermique à 41°.

Autopsie 2 avril 1908.

Le sommet gauche adhère fortement à la paroi, d'où on ne peut le détacher qu'en le déchirant et en mettant à nu de petites excavations de la taille d'un pois, très nombreuses dans tout le sommet. Les autres lobes sont le siège de foyers caséux multiples, plus ou moins ramollis.

Au poumon droit, lésions congestives simples sans tuberculose apparente.

Nombreux ganglions trachéo-bronchiques, la plupart caséifiés ; l'un d'eux complètement ramolli forme au devant de la trachée un véritable abcès d'où s'écoule en abondance du pus tuberculeux.

Foie gros, jaunâtre, mou à la coupe, luisant.

Râte, reins, péritoine normaux.

OBSERVATION X

CAVERNE ISOLÉE DU LOBE INFÉRIEUR DU POUMON DROIT, PROBABLEMENT PAR FONTE SILENCIEUSE DU FOYER PRIMITIF. GROSSE ADÉNOPATHIE MÉDIASTINALE. HÉRÉDITÉ TUBERCULEUSE. MORT A 4 MOIS ET DEMI.

Service du D^r Barbier, Hérold, 1908, n° 163, J. S.

Perr... Emmanuel, 4 mois, admis le 9 novembre parce qu'il tousse.

Père bronchitique, en traitement à Tenon ; mère en apparence bien portante, ayant eu onze enfants dont six sont morts de méningite.

Enfant élevé au biberon, peu développé. Poids 4 kg 600. Depuis six jours tousse beaucoup et maigrit. Râles de bronchite généralisée dans les deux poumons. Souffle doux expiratoire au niveau du hile à gauche. Selles diarrhéiques, non fétides, ni glaireuses. Temp. 38°.

13 novembre. — Température 38°5. Mauvais état digestif.

Dyspnée intense. 45 pulsations par minute.

Mêmes signes pulmonaires.

20 novembre. — Température 39°5. Mauvaises selles. Poids 4 kg 250.

Toux quinteuse. Foyer de souffle avec râles sous-crépitaux au sommet droit et vers le hile. Submatité au même niveau.

Râles de bronchite à gauche.

Mort le 21 novembre.

Autopsie le 23 novembre 1908.

Thymus légèrement hypertrophié.

Gros ganglions prétrachéobronchiques droits du volume d'une noisette. Ganglions prétrachéobronchiques gauches également tuméfiés.

Les ganglions interbronchiques sont énormes. La bronche droite est complètement englobée dans des masses ganglionnaires caséeuses ramollies.

Poumon droit. — Adhérence des scissures interlobaires. Granulations sous-pleurales. A la partie supérieure du lobe inférieur du poumon droit : caverne du volume d'une grosse cerise, sans communication visible avec les bronches ; cette caverne est sous-pleurale, très superficielle, bombant sous le feuillet veinal et menaçant de se rompre.

Forte congestion pulmonaire à la périphérie. Pas de tuberculose apparente au poumon gauche.

Foie. — Légère dégénérescence graisseuse. Quelques granulations disséminées très petites.

Pas de tuberculose apparente dans les autres viscères.

OBSERVATION XI

GROSSE CAVERNE DANS UN BLOC DE PNEUMONIE CASÉEUSE.

MORT A 11 MOIS AVEC DES SYMPTÔMES DE BRONCHO-PNEUMONIE AIGÜE.

Service du Dr Barbier 1909, n° 28, J. S.

R... Jeanne, 11 mois, admise à l'hôpital Hérold le 10 février 1909, fièvre élevée, dyspnée intense.

Enfant atrophique, seule enfant d'une mère probablement tuberculeuse (bronchite chronique) et d'un père en apparence bien portant. Elevée au biberon. Sujette aux bronchites depuis sa naissance, elle tousse davantage depuis une semaine et a eu quelques accès de suffocation.

Examen le 10 février.

Enfant atrophique, anémiée. Poids 5 kg. 210. Cyano-se légère. Sur la face, traces d'une éruption impétigineuse, en voie de guérison.

Écoulemenut nasal assez prononcé, pharynx suintant. Abdomen gros et tendu. Foie ne débordant pas les fausses côtes.

Adénopathies multiples cervicales, axillaires et inguinales. Température 39°6. Pouls 90°.

Dyspnée intense.

Matité du sommet gauche avec souffle étendu jusqu'à la partie moyenne du poumon.

On porte le diagnostic de broncho-pneumonie du sommet gauche.

12 février. — Chute thermique (37°). Diminution de la dyspnée et des signes locaux.

13 février. — Réapparition du foyer broncho-pneumonique du sommet gauche. Apparition d'un nouveau foyer à la partie moyenne du poumon droit. Temp. $39^{\circ}2$.

Le 14 et 15 février. — Temp. 40° . Etat local et général stationnaire.

Du 15 au 22. — La température descend lentement à 38° , l'état général et local s'améliore.

Fin février, on note quelques râles sous-crépitaux aux 2 bases, à type congestif ; le souffle du sommet gauche et de la partie moyenne du poumon droit a disparu. Le sommet droit est mat à la percussion. Selles décolorées.

Du 1^{er} au 15 mars. — Mauvais état digestif, selles tantôt liquides, glaireuses, tantôt pâteuses, décolorées fétides, puis grâce au régime hydro-carboné (1 panade, 2 bouillies, décoction d'orge) remplaçant le biberon, grâce à l'huile de ricin, à l'administration de bile et de pancréatine, de jus de viande, amélioration appréciable. Néanmoins amaigrissement progressif.

Poids le 15 mars : 4 kg. 650.

Etat fébrile persistant, au voisinage de 38° .

Aux poumons, persistance des râles sous-crépitaux aux deux bases. Accentuation des signes de localisation du sommet droit : à ce niveau matité persistante, diminution du murmure vésiculaire, souffle expiratoire et retentissement du cri.

Du 15 au 31 mars. — Etat local, id. Accentuation des signes congestifs des bases.

Température plus élevée, oscillante, irrégulière, au voisinage de 39° .

Infections cutanées.

Selles fétides, amaigrissement continu.

Au début d'avril, l'enfant présente aux deux bases des signes bronchéo-pneumoniques : souffle à timbre aigu et râles sous-crépitaux ; ces signes sont surtout accentués à droite.

Le 3 avril. — Température 40°6. Dyspnée extrêmement intense. Cyanose, refroidissement des extrémités. Râles disséminés dans toute l'étendue des 2 poumons. Selles sanguinolentes, fétides.

Décès le 5 avril. — Age à cette date : 12 mois $\frac{1}{2}$. Poids 4 kg. 390.

Autopsie.

A l'ouverture du thorax, on note immédiatement la présence au poumon droit, d'une excavation que la forte adhérence des 2 plèvres à son niveau a fait ouvrir au moment de l'ablation du plastron sterno-costal. Cette cavité qui affleure la plèvre, se prolonge très loin dans la profondeur, occupant la presque totalité du lobe inférieur, elle a dans son ensemble le volume d'une mandarine ; la mince coque pulmonaire qui la sépare en haut du lobe supérieur, à gauche du sac péricardique dont on ne peut la séparer, en bas du diaphragme où elle adhère fortement, est infiltrée en bloc et présente l'aspect typique de la pneumonie caséuse. Cette volumineuse cavité est traversée à sa partie supérieure par une branche de l'artère pulmonaire.

Contrastant avec cette énorme lésion, le lobe supérieur du poumon droit, le lobe gauche n'offrent que des lésions de congestion diffuse, parsemées de granulations grises.

Les ganglions trachéo-bronchiques forment un amas volumineux ; la plupart caséifiés, ils sont unis par une gangue fibreuse qui rend leur dissection difficile, englobant la trachée, les gros vaisseaux et jusqu'au thymus. On trouve plusieurs ganglions caséifiés sur le trajet des phréniques.

Foie. — Gros avec quelques îlots hémorragiques. Pas de granulations apparentes.

Rate. — Nombreuses granulations. Péricapnrite assez accentuée.

OBSERVATION XII

RÉSUMÉ. HÉRÉDITÉ TUBERCULEUSE. TUBERCULOSE GÉNÉRALISÉE, ÉVOLUANT SOUS LE MASQUE DE TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX. GRANULIE GÉNÉRALISÉE. ADÉNOPATHIE CASÉEUSE MÉDIASTINALE ET CERVICALE. GROSSE CAVERNE DU POU MON GAUCHE. AGE AU DÉCÈS : 4 MOIS.

Service du Dr Barbier, Hérol d, 1909, n° 84, J. S.

Schl... Gaston, âgé de 2 mois, admis à Hérol d, le 15 avril 1909, salle Jules-Simon, n° 5. Dyspepsie et toux.

Né à terme, élevé à l'allaitement mixte, puis depuis trois jours exclusivement au biberon. Seul enfant d'une mère paraissant bien portante et d'un père mort tout récemment (deux semaines) d'affection pulmonaire. Était bien portant depuis sa naissance. La toux pour laquelle on l'amène est apparue, il y a une semaine, accompagnée de troubles digestifs. (Un vomissement trois jours avant l'entrée, selles en diarrhées).

Examen à l'entrée.

Enfant d'apparence robuste. Poids 4 k. 950.

Asymétrie crânienne. Saillie des bases frontale et pariétale droite.

Quelques nodosités costales. Hernie ombilicale.

Petits ganglions axillaires roulant sous le doigt.

Ganglions cervicaux roulant sous le doigt.

Infection rhino-pharyngée, écoulement nasal séreux. Gorge suintante.

Conjonctivite séro-purulente avec écoulement très abondant.

Dyspnée légère. Toux grasse par petits accès peu fréquents. Submatité du sommet droit avec diminution du murmure vésiculaire et retentissement du cri. Foyer de râles sous-crépitaunts se prolongeant dans l'aisselle droite.

Rien d'appréciable à l'examen du poumon gauche.

Mauvais état digestif, selles liquides brunâtres mais non fétides.

Température 38°5. Etat général relativement bon : l'enfant ne paraît nullement abattu.

Du 16 au 30 avril. — Température d'abord oscillant entre 38° et 39°, puis irrégulière, tombe à la normale le 27 et s'y maintient.

Amélioration lente, puis disparition du catarrhe nasopharyngé et conjonctival.

Les signes du sommet droit (submatité, retentissement du cri, râles sous-crépitaunts) persistent.

Très mauvais état digestif ; chaque jour 3 selles abondantes, tantôt brunâtres et pâteuses, tantôt liquides, verdâtres, souvent grumeleuses, et toujours très fétides. On donne du biolactyl.

On essaie le yoghourt ; l'enfant ayant des vomissements, on revient au lait de vache. Malgré la petite quantité donnée, 100 gr. pour 24 h. + décoction d'orge), l'enfant le régurgite après chaque tétée pendant plusieurs jours.

4^{er} mai. — Amaigrissement considérable : poids, 4 k. 280. Les vomissements ont cessé, mais les selles sont toujours mauvaises, liquides, verdâtres, légèrement glai-reuses, fétides. On supprime complètement le lait, pour donner exclusivement l'eau d'orge sucrée. Huile de ricin, puis sulfate de soude et benzonaphtol.

4 mai. — Amélioration des selles, on redonne 150 gr. de lait de vache.

Les signes d'auscultation du sommet droit sont moins nets. Plus de râles sous-crépitaux. Température normale.

6 mai. — Reprise des troubles dyspeptiques ; selles pâteuses, verdâtres, sentant mauvais. L'amaigrissement continue. Poids 4 k. 150. Le lait de vache est remplacé par 100 gr. de lait d'ânesse.

10 mai. — Ascension thermique 39° après quelques jours de température irrégulière (37°5 à 38°).

Bronchite généralisée légère.

Selles très mauvaises, mal digérées, glaireuses, jaunâtres.

19 mai. — Intra-dermo-réaction +.

Persistance des mauvaises selles. 4-5 par vingt-quatre heures. Etat subfébrile.

30 mai. — Même état digestif. Selles glaireuses, fétides. Amaigrissement persistant. Poids 3 k. 800.

Température au voisinage de 37° avec quelques crochets à 38°. Au sommet droit, retentissement du cri avec submatité. Plus de râles, pas de signes appréciables à l'examen du poumon gauche.

6 juin. — Après une période de température subnormale, reprise de la fièvre (38°9).

Toujours très mauvais état digestif. 4 à 6 selles par jour.

L'état pulmonaire paraît absolument stationnaire.

Du 6 au 15 juin. — L'auscultation du poumon ne révèle aucun signe nouveau.

Toujours même état digestif, même selles liquides, fétides, verdâtres, abondantes.

Altération rapide de l'état général.

Amaigrissement progressif. — Abscessus de la région occipitale. La température descend en quelques jours à 37°, puis remonte irrégulièrement, atteint 39° le 15 juin.

Du 16 au 21 juin. — Affaiblissement continu.

La température monte à 40° le 16 ; le 17, elle redescend.

cend à 38 et s'y maintient les jours suivants. Le 20, ascension à 40°4.

Le 21 juin. — Température le matin 40°6, le soir 41°. L'enfant meurt à 11 heures du soir, sans avoir présenté de symptômes pulmonaires autres que ceux précédemment notés, en état de cachexie et d'amaigrissement très accentué pesant 3 k. 400.

Autopsie le 23 juin.

Les deux poumons sont criblés, dans toute leur étendue, de tubercules jaunes transparents. Congestion légère du sommet droit (le poumon à ce niveau ne crépite plus, il résiste à la pression du doigt). Le parenchyme a une coloration violacée.

A la partie toute inférieure du lobe supérieur du poumon gauche, caverne du volume d'une noix, de configuration régulière, avec très légère réaction inflammatoire périphérique.

Ganglions trachéo-bronchiques caséeux, se continuant avec les ganglions sous-claviculaires et axillaires également caséeux.

Tubercule sous-séreux au niveau du gros intestin et du mésentère ; pas de tuméfaction appréciable des ganglions mésentériques ; ceux-ci, du volume d'une lentille pour la plupart, ont une coloration rosée à la coupe.

Foie gros, de coloration jaune, d'aspect gras.

Rate, quelques granulations tuberculeuses, périplénite.

Reins et capsules surrénales, pas de granulations apparentes.

OBSERVATION XIII

MÉDIASTINITE, SPASME GLOTTIQUE. CAVERNE ET SCLÉROSE
PULMONAIRE. MORT A 18 MOIS.

Service du D^r Barbier, Hérold, 1909, 90, J. S.

Cr... Albertine, 18 mois, née à terme, élevée au sein jusqu'à 2 mois, au biberon ensuite. Troubles digestifs dans la première enfance.

N'a jamais été à l'hôpital.

Bronchite en janvier 1909. Depuis cette époque, a conservé la voix rauque et une toux fréquente.

Depuis le début d'avril a eu fréquemment des crises d'étouffement.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante, une fausse-couche il y a deux mois. Père bien portant. Pas d'autres enfants.

18 avril. — L'enfant est amenée à l'hôpital pour des accès de suffocation qui sont apparus pour la première fois dans les premiers jours d'avril et qui sont devenus progressivement plus fréquents et plus prolongés.

Pensant à la possibilité d'un croup, on admet l'enfant salle Pasteur.

23 avril. — On n'a pas trouvé de Lœffer dans le pharynx, ni dans la gorge du malade. On passe l'enfant à Jules-Simon.

Depuis l'entrée à l'hôpital, ce qui domine le tableau clinique, ce sont des accès de suffocation d'origine laryngée, par spasme de la glotte ; ces accès qui sont réveillés par l'approche du médecin (la malade est très craintive et pleure dès qu'on vient près d'elle), sont précédés d'une petite toux d'abord rauque, aboyante ; l'enfant se cyanose et la respiration, de plus en plus difficile, s'accompagne de cornage et de tirage sus et sous sternal.

L'accès dure deux à trois minutes, puis le calme revient lentement. Dans l'intervalle des accès, la respiration n'est pas libre, mais s'accompagne encore d'un léger tirage et cornage. De temps en temps, l'enfant reste en arrêt de respiration inspiratoire.

La malade est pâle, assez amaigrie, abattue.

Le poulx est petit, rapide.

Dans les poumons, on note seulement l'existence d'une bronchite généralisée ; le cornage qui est constant rend l'auscultation difficile.

29 avril. — Dyspnée moins intense.

Persistance de bronchite généralisée. Pas de souffle au niveau du hile. Malade abattue.

30 avril. — Les râles de bronchite sont plus nombreux au sommet droit, en arrière, à ce niveau la sonorité est diminuée, et dans la fosse sus-épineuse droite, le murmure vésiculaire est remplacé par un souffle léger.

Etant donné les accès de suffocation que présente l'enfant, dont la respiration s'arrête en expiration, les phénomènes pulmonaires qui semblent se localiser, on porte le diagnostic de spasme de la glotte au cours d'une broncho-pneumonie.

4 mai. — Atténuation des accidents de spasme glottique. A la base gauche, souffle léger avec nombreux râles crépitants. Toux rauque, aboyante.

Inhalations de vapeurs de menthol-eucalyptol.

6 mai. — Les accidents de spasme glottique ont disparu. Pourtant dyspnée encore marquée.

Au sommet droit, souffle avec nombreux râles crépitants.

A gauche, mêmes signes, avec maximum à la partie moyenne du poumon.

Toux fréquente.

Etat général grave, lèvres fuligineuses.

23 mai. — Le malade sort de l'hôpital très amélioré.

La température qui pendant vingt jours a oscillé entre 38° et 40° reste maintenant au-dessous de 38° et tend même à revenir à 37°. Le pouls est moins fréquent et mieux frappé, le poids augmente et les joues de l'enfant se décolorent.

La dyspnée a presque complètement disparu. Cependant, persistance de signes de bronchite généralisée, avec congestion des bases. Les accès de spasme glottique n'ont pas reparu.

28 mai. — L'enfant est ramenée à l'hôpital parce que le tirage et le cornage ont reparu, en même temps que la toux augmentait et que la température s'élevait.

Enfant pâle, amaigrie, secouée par une toux sèche, aboyante, fréquente, mais non quinteuse.

Dyspnée vive. Battement des ailes du nez. Tirage sus sternal et sous sternal. Cornage.

Poumons, à droite, fosse sus-épineuse. Submatité. Murmure vésiculaire remplacé par un souffle à timbre tubaire, retentissement du cri. Râles de bronchite dans le reste des poumons, souffle hilaire. Selles normales. Température : 39°. Pouls rapide.

2 juin. — Mêmes signes pulmonaires.

Accès de toux persistants. Dyspnée vive.

7 juin. — Toux fréquente avec mêmes caractères que précédemment. Cornage inspiratoire et léger tirage. Cependant la dyspnée se calme.

Auscultation, retentissement du cornage. Pas de signes d'hypertrophie thymique. Micropolyadénite.

15 juin. — Depuis le 28 mai, l'enfant n'a pas présenté de nouveaux accès de suffocation, cependant la gêne respiratoire persiste, manifestée par l'existence du tirage et du cornage.

Auscultation : râles de bronchite dans les deux poumons.

Persistance de submatité dans la fosse sus-épineuse

droite avec retentissement de la voix et de la toux à ce niveau.

Au niveau du hile, matité, souffle.

Ganglions axillaires durs, de la grosseur d'une petite lentille.

28 juin. — Dans la soirée, l'enfant a fait, sans cause apparente, un accès de dyspnée extrêmement inquiétant, allant jusqu'à l'asphyxie.

Après cet accès, elle reste inquiète. Le cornage et le tirage sont beaucoup plus accentués.

29 juin. — Tirage et cornage encore très marqués avec diminution de respiration dans les deux poumons ; foyers broncho-pneumoniques aux deux sommets et à la base gauche.

L'enfant, envoyée à la radiographie, n'a pu être radiographiée car elle se cyanose et s'asphyxie dès qu'on essaie de la mettre au décubitus dorsal.

3 juillet. — Même état asphyxique que les jours précédents.

Puis jusqu'au mois d'août, alternatives de calme et d'accès de dyspnée paroxystique. Instabilité du poids.

10 août. — Intecedermo positive.

En décembre : l'enfant se cachectise ; la température présente de grandes oscillations. Le pouls est petit ; les sueurs profuses.

On trouve des signes de condensation dans toute la hauteur du poumon gauche. (Frottements pleuraux ; gargouillements du sommet gauche).

1^{er} décembre. — B. K. nombreux dans les crachats.

9 décembre. — Apparition de signes cavitaires à la base gauche et à la partie moyenne du poumon droit. Mort, 22 décembre.

Autopsie.

Symphyse médiastino-péricardo pleurale. Pleurite tuberculeuse généralisée. Thymus disloqué et caséux.

Tuberculose caséeuse énorme des ganglions pretratrachéo-bronchiques, qui englobe les organes, nerfs et vaisseaux du médiastin.

Poumon gauche. — Symphyse pleurale au niveau de la scissure interlobaire.

Infiltration tuberculeuse du sommet avec foyer de ramollissement au centre.

Au bord natérieur, masse caséeuse, entourée de tissu scléreux.

Au sommet, caverne de la grosseur d'un haricot.

Poumon droit. — Dans le lobe moyen, tuberculose en bouquet ; dans le lobe inférieur, infiltration tuberculeuse diffuse.

Rate. — Quelques tubercules.

OBSERVATION XIV

BRONCHO-PNEUMONIE CASÉEUSE D'ÉVOLUTION RAPIDE, APRÈS UNE ROUGEOLE, CHEZ UN ENFANT DE SOUCHE TUBERCULEUSE, AGÉ DE 17 MOIS. GROSSE CAVERNE DE LA BASE DROITE AVEC SIGNES CLINIQUES.

Service du Dr Barbier, Hérold, 1909, n° 19, 5

Enfant à hérédité tuberculeuse, entre à l'hôpital parce que, depuis une rougeole, continue à tousser. Depuis 5 jours, état plus grave.

A l'hôpital, enfant très amaigri : Poids, 8 k. 050. Très abattu, anémié, blafard. Infection rhinopharyngée. Laryngite morbilleuse. Infection du cuir chevelu et des paupières.

Poumons. — Au sommet gauche, matité des fosses s/E et E/s et inspiration soufflante avec quelques râles sous-crépitaux.

A droite, en avant, sous le mamelon, petit foyer de souffle expiratoire avec gros râles sous-crépitaux. Température 39°. Pouls rapide.

Les jours suivants, même état d'abattement. La dyspnée est vive ; le poumon droit qui est envahi sur une grande étendue, présente au niveau de sa base des signes prenant le type cavitaires. Puis des foyers disséminés de souffle et de râles sous-crépitaux apparaissent dans les deux poumons.

Le 21 juillet. — Très mauvais état général, cyanose. Mort. Poids : 7 k. 600.

Autopsie.

Poumon droit farci de tubercules. Foyer cavitaires de la base comme une noix.

Quelques tubercules du sommet gauche.

Ganglions trachéo-bronchiques infiltrés, non ramollis.

Quelques tubercules du foie et de la rate.

OBSERVATION XV

GRANULIE MÉNINGÉE, CHEZ UN ATROPHIQUE DE SOUCHE TUBERCULEUSE. GRANULIE DES DEUX POUMONS. CAVERNE LATENTE DU SOMMET GAUCHE. AGE AU DÉCÈS : HUIT MOIS.

Service du Dr Barbier, Hérold, 1909. Obs. 226 J. S.

D... Maurice, 8 mois, admis à l'hôpital le 24 octobre 1909. Débile hypotrophique, ayant pesé à sa naissance (au début du 9^e mois de gestation, 2 kilogrammes), pesant actuellement 2 k. 780.

Elevé au sein, puis au biberon, mère vraisemblablement tuberculeuse. L'enfant a présenté à cinq mois, cinq abcès sous l'aisselle et au cou. Depuis qu'il est au biberon, l'enfant vomit à chaque tétée. Convulsions limitées

aux yeux et à la face. Au moment de l'admission, l'enfant est abattu, somnolent, le regard fixe. Légère raideur de la nuque. Instabilité du pouls. Tension de la fontanelle ; en somme, principaux signes cliniques d'une méningite en pleine évolution, dont l'existence et la nature tuberculeuse sont démontrées par la ponction lombaire (liquide clair fortement tendu, riche en lymphocytes, bacilles de Kock très nombreux). Température à l'entrée, 37°.

On ne trouve absolument rien à l'examen des poumons. L'enfant meurt le 30, avec les symptômes d'une méningite à forme somnolente et après une ascension thermique rapide à 39°.

Autopsie.

Cerveau. — Méningite basilaire typique. Exsudat fibrineux, épais, enserrant le bulbe et l'origine des nerfs crâniens, se prolongeant dans la scissure de Sylvius.

Poumons. — Granulie généralisée des deux poumons.

Au poumon gauche, caverne du volume d'une noix, ayant évidé tout le sommet, occupant la moitié environ du lobe supérieur.

Ganglion trachéo-bronchique, caséeux, les plus gros du volume d'une noisette, au voisinage du hile gauche.

Pas de tuberculose apparente des autres organes.

OBSERVATION XVII

BRONCHO-PNEUMONIE CAVERNULEUSE. HÉRÉDITÉ TUBERCULEUSE. GRANULIE GÉNÉRALISÉE APRÈS UNE COQUELUCHE. MORT A 8 MOIS ET DEMI.

Service du D^r Barbier, Hérold, 1909, n° 22 C. R.

Cail... Auguste, 8 mois, admis le 29 mars 1909 : atrophie, toux persistante, suite de coqueluche.

Né à terme, bien portant jusqu'à sa coqueluche, élevé au sein maternel. Le père serait bien portant. La mère présente à l'auscultation des signes de tuberculose non douteuse. Au sommet droit (matité, abolition presque complète du murmure vésiculaire et des régions sous-clav. sus et sous-épineuse, avec quelques craquements en arrière ; elle a eu dix grossesses, terminées par deux fausses couches. Un accouchement prématuré au 7^e mois (mort-né), et 7 accouchements à terme ; il reste en plus du jeune C..., 3 enfants vivants qui seraient bien portants ; trois autres sont morts, l'un du croup, les 2 autres d'accidents pulmonaires.

Examen. — Enfant pâle, amaigri, poids 3 k. 430. Légèrement dyspnéique. Toux grasse, quinteuse, persistante depuis la coqueluche (2 mois avant l'admission).

Matité accentuée du sommet droit.

Dans tout le poumon droit, murmure vésiculaire presque aboli et nombreux râles sous-crépitaux.

Du même côté, souffle hilaire.

Dans l'aisselle id., souffle fort, à timbre presque amphorique avec bouffées de râles sonores à la fin de l'inspiration. Ces signes font penser à une tuberculose ouverte.

Adénopathie axillaire, inguinale, quelques ganglions cervicaux.

Rate augmentée de volume.

Rhino-pharyngite légère.

Selles liquides verdâtres, non fétides.

Température : 38°, l'enfant est sevré.

1^{er} avril. — Mêmes signes d'auscultation à droite.

A gauche, en arrière, nombreux râles sous-crépitaux.

Diminution du murmure vésiculaire.

Dyspnée très prononcée.

Examen des crachats : Peu de bacilles de Koch.

Mauvais état digestif : selles mal digérées, grumuleuses, jaunâtres, non fétides. L'enfant refuse le biberon.

Température le 30 : $37^{\circ}9$, $38^{\circ}6$; le 31 : $37^{\circ}6$, $39^{\circ}8$; le 1^{er} avril, $38^{\circ}9$, 38° .

5 avril. — Très mauvais état général.

Dyspnée extrême.

Gros râles humides, plus nombreux à la fin de l'inspiration dans toute la hauteur des deux poumons.

Râles sonores à la base gauche.

Selles liquides, diarrhéiques, jaunâtres.

Amaigrissement, poids : 5 k. 100.

Température : chute à $37^{\circ}2$ le 2 avril, puis réascension progressive à 39° .

6 avril. — Asphyxie progressive. Température 40° . Décès le 7 avril.

Autopsie le 8 avril.

Chaîne ganglionnaire cervicale caséuse, rejoignant la chaîne médiastinale. Gros ganglions caséux (quelques-uns : grosseur amande), dans le groupe trachéo-bronchique droit, engainant les gros vaisseaux. Ganglions interbronchiques, sus et sous-bronchiques gauches, également tuberculeux, mais moins volumineux et non ramollis.

Poumon droit. — Tubercules gris disséminés dans toute la hauteur des trois lobes, réunis en bouquet à la base et au sommet, très denses, surtout au lobe supérieur. A la partie inférieure de celui-ci, au milieu d'un bloc de broncho-pneumonie caséuse, caverne du volume d'une noisette ; à la partie supérieure, autre caverne, plus volumineuse, avec un prolongement vers l'aisselle, devenant presque sous-pleural.

Poumon gauche. — Congestion diffuse, avec quelques zones à apparence emphysémateuse. Granulie intense et serrée. En plusieurs points, tubercules en voie de caséification.

Foie. — Quelques tubercules sous-séreux. A la coupe, foie dégénéré, couleur hortensia, pas de granulations visibles.

Rate. — Quelques granulations.

OBSERVATION XVIII

CAVERNE ANCIENNE AVEC RÉACTION SCLÉREUSE OU LOBE SUPÉRIEUR DU POU MON DROIT. BRONCHO-PNEUMONIE TUBERCULEUSE TERMINALE A 15 MOIS.

Service du D^r Barbier, Hérold, 1910, 67, J. S.

Ch... Paul, 15 mois, entré le 4 mars 1910, toux, fièvre, mauvais état général.

Né à terme, élevé au sein jusqu'à 4 mois, puis au lait de vache ; bien portant, sauf une poussée d'impétigo, jusqu'à un an. Depuis six semaines environ, l'enfant est malade, souffrant d'une « grippe » compliquée, depuis une quinzaine, d'une broncho-pneumonie sans tendance à l'amélioration. Toux fréquente et température élevée. Depuis 4 jours, enfant très abattu, refusant toute nourriture. Pas de convulsions, ni vomissements, ni diarrhée. Mère bien portante ; un autre enfant, mort à 4 mois d'entérite. Père mort de tuberculose pulmonaire, il y a six mois à l'âge de 29 ans.

Examen. — Enfant chétif, au-dessous du poids normal, 6 k. 650.

Rachitisme léger. Infection du cuir chevelu. Otite double. Ganglions axillaires bilatéraux, durs, de la grosseur d'une lentille. Toux grasse, fréquente.

A la percussion du thorax, submatité de la moitié supérieure du poumon droit en arrière.

A l'anse : souffle, non accompagné de râles, s'entendant dans les fosses sous-épineuses, et à la région sous-claviculaire.

Pouls petit, rapide (140), inégal, et irrégulier.

Température : 40°. Etat digestif bon.

7 mars. — Aggravation très rapide.

Abattement et oppression extrême. Tirage sus et sous sternal très intense. Teint plombé, lèvres sèches, fuligineuses.

Pouls rapide et irrégulier.

Souffle du sommet droit avec les mêmes caractères, et retentissement du cri à ce niveau.

Râles humides nombreux dans les deux poumons, avec prédominance à droite.

Mort dans la soirée.

Autopsie le 9 mars.

Poumon droit. — Adhérences très fortes du lobe moyen et supérieur entre eux. Les lèvres de la scissure sont complètement soudées et difficilement dissociables. A la partie antérieure du lobe supérieur, cavité du volume d'une amande ouverte dans une grosse bronche ; les parois de la cavité ressemblent à celles d'une cavité en voie de guérison ; elle est entourée de parenchyme sclérosé, avec quelques dilatations bronchiques. Dans ces deux lobes supérieur et moyen, surtout à leur partie antérieure, plusieurs nodules caséux durs à la palpation mais laissant sourdre à la coupe du caséum ramolli. Dans le lobe moyen, zones sclérosées avec dilatations bronchiques.

Poumon gauche. — Tubercules sous-pleuraux. Lésions de broncho-pneumonie caséuse, au niveau des lobes supérieur et moyen.

Ganglions sus-bronchiques gauches caséux ; les autres infiltrés, mais non ramollis.

Pas de granulations apparentes sur le péritoine, ni à la coupe des différents viscères abdominaux.

L'examen histologique, pratiqué par M. Lian, a montré de multiples amas caséeux, tant dans la caverne elle-même qu'à son voisinage. L'examen des masses caséuses des lobes supérieur et moyen droits a montré autour d'un centre nécrosé entouré d'une zone d'abondante infiltration lymphoïde, une mince coque fibreuse ; au voisinage de ces masses, petites bronches dilatées, sans sclérose autour des dilatations entouré seulement de tissu infiltré.

OBSERVATION XXVIII

TUBERCULOSE PULMONAIRE SUBAIGUË A POUSSÉES SUCCESSIVES. EXPECTORATION BACILLAIRE. TERMINAISON A HUIT MOIS PAR CACHEXIE ET ACCIDENTS MÉNINGÉS. BRONCHOPNEUMONIE CASÉEUSE DU POUMON DROIT, A FORME CAVERNULEUSE DISSÉMINÉE ; LÉSIONS TRÈS AVANCÉES.

Service du D^r Barbier, Hérold, 1913, n° 7, Crèche

MEN. Jeanne, huit mois, admise le 3 février 1913 ; soignée à Tenon, il y a deux mois, pour une bronchopneumonie.

Depuis son départ de Tenon, il y a 1 mois, elle a continué à tousser.

Enfant née à terme, pesant 3 k. 250. Nourrie au sein maternel. Bien portante jusqu'à l'âge de 4 mois, aurait pesé à cette époque huit kilogrammes, puis a commencé à maigrir. Poids actuel : 4 k. 878.

Père et mère bien portants. La grand'mère maternelle de cette enfant, qui vivait avec eux et la gardait pendant que la mère travaillait au dehors, est morte tuberculeuse, il y a 1 mois.

A son entrée à l'hôpital, la jeune M... est un nourrisson d'aspect minable, très amaigrie et anémiée. Très grave état général, purpura. Température, $37^{\circ}5$, mais pouls très rapide. Toux fréquente, grasse, quinteuse. L'enfant rejette fréquemment des mucosités filantes striées de points muco-purulents verdâtres.

L'examen des poumons, montre au poumon droit un souffle cavitairé des plus nets, avec maximum d'intensité dans la fosse sous-épineuse et des râles sous-crépitaux, gros, à timbre nettement humide, très nombreux.

L'auscultation du poumon gauche est négative.

On note en outre, une otite double avec écoulement assez abondant : de mauvaises selles diarrhéiques, verdâtres. Quelques signes méningés : légère raideur de la nuque, deux vomissements en « fusée », aspect somnolent.

Le diagnostic de tuberculose pulmonaire ouverte ne paraît pas douteux. Il est confirmé par l'examen des crachats qui montre la présence de nombreux bacilles de Koch.

Les signes fonctionnels restent stationnaires.

Les signes physiques deviennent de plus en plus nets. La température oscille entre 38° et 39° . L'enfant succombe le 11 février avec les symptômes d'une méningite à forme somnolente.

Autopsie le 13 février 1913.

Adénopathie ganglionnaire caséuse.

Poumon droit. — Broncho-pneumonie cavernuleuse disséminée typique. Noyaux caséux disséminés dans tout le poumon. Aux lobes moyens et inférieurs, petites cavernes.

Poumon gauche. — Granulations disséminées. Lésions méningo-encéphaliques.

OBSERVATION XX

BRONCHO-PNEUMONIE SCLÉREUSE AVEC MASSES CASÉEUSES EN VOIE D'ÉLIMINATION. DILATATIONS BRONCHIQUES. ASSOCIATION PROBABLE DE TUBERCULOSE ET DE SYPHILIS CHEZ UN ENFANT MORT DES SIGNES BRONCHO-PNEUMONIQUES A 16 MOIS.

Service du D^r Barbier, Hérold, 1911 T. n° 7

Enfant de 16 mois, né accidentellement avant terme de parents bien portants en apparence. Depuis 2 mois, moins gai, dépérit. Présente à ce moment une augmentation de volume du coude gauche. Plâtré pendant un mois. Depuis une semaine conjonctivite.

Depuis ces deux mois, amaigrissement considérable. A l'entrée, poids : 6 k. 300. Enfant très pâle, très anémié. Rachitisme léger. Chapelet costal ; début de scoliose.

Augmentation de volume du coude gauche.

Appareil pulmonaire : toux fréquente, provoquée par les mouvements.

Poumon droit : Sonorité normale en avant.

Submatité des fosses S/E et E/S. A l'auscultation, foyer de souffle et de râles sous-crépitaux, dans la fosse E/S droite, vers l'aisselle.

A gauche : même foyer au sommet gauche. Conjonctivite double.

Température, évolue autour de 38 ou 39 le matin ; et autour de 39 ou 40 le soir.

Les jours suivants, mauvais état général.

Resp. : 80. Température : 40°8. Poids : 150. Cyanose.

Râles très nombreux, à timbre humide des deux poumons. Signes cavitaires du sommet gauche. Mort. Poids au décès : 6 k. 150.

Autopsie.

Ganglions trachéo-bronchiques, vol. caséifiés.

Poumon droit. — Foyers de broncho-pneumonie typiques, à surface lisse, avec ecchymoses sous-pleurales, à la partie antérieure du lobe supérieur.

Poumon gauche. — Pleurésie adhésive de interlobe. Plèvre épaisse, chagrinée.

Le lobe supérieur est le siège d'un vaste foyer de broncho-pneumonie et creusé de multiples cavités du volume d'un pois à celui d'une noisette, laissant échapper des blocs de matière caséuse plus ou moins ramollie.

Pas de B. K. dans les masses caséuses.

OBSERVATION XXI

(Résumée)

Hérédité tuberculeuse. Atrophie.

Bronchite tenace. Présence de B. K. dans l'expectoration. Phase aiguë terminale avec broncho-pneumonie et phénomènes méningés.

Caséification pulmonaire très marquée. Broncho-pneumonie cavernuleuse à droite, caverne volumineuse par fonte de pneumonie caséuse à gauche. Adénopathie caséuse médiastinale et mésentérique.

OBSERVATION XXII

Service du D^r Barbier, Hérold, 1916, n° 45, J. S.

Tuberculose pulmonaire apyrétique chez un atrophique.

que hérédo-syphilitique et hérédo-tuberculeux. Caverne de la base du poumon gauche. Mort à 22 mois.

OBSERVATION XXIII

BRONCHO-PNEUMONIE CAVERNULEUSE SUBAIGUË, SUITE DE ROUGEOLE. ENFANT MORT A 2 ANS. HÉRÉDITÉ TUBERCULEUSE ET SYPHILITIQUE.

Service du D^r Barbier, Hérold, 1911, S. 133

Enfant né à terme, d'un père tuberculeux. Elevé au sein jusqu'à 18 mois.

Entre à l'hôpital convalescent de rougeole avec bronchite persistante.

Enfant pâle, livide, abattu, somnolent.

Cyanose des lèvres et des extrémités.

Toux sèche, peu fréquente. Dyspnée intense.

Matité complète et retentissement du col dans les fosses S/E et E/S droites et sous la clavicule du même côté.

Selles mauvaises, très liquides et fétides. Poids : 8 kilogram. 720. Stigmates d'hérédo-syphilis.

Les jours suivants, syndrome méningé qui disparaît rapidement. Mais vers le 12 janvier, c'est-à-dire deux mois après son entrée, aggravation manifeste : oppression ; fièvre élevée. Matité de la base droite et submatité du sommet avec retentissement du cri.

Matité du sommet gauche avec inspiration rude et expiration soufflante.

Température 39°8, poids, 7 k. 520. L'enfant dépérit rapidement, prend le caractère oscillant avec des différences de 3 degrés. Mort le 23 janvier.

Autopsie.

Ganglions intertrachéo-bronchiques caséux. Tuberculose suppurée caséuse de tout le poumon droit, à forme cavernuleuse. Congestion de la base. Quelques granulations du poumon gauche. Granulations pleurales.

Cerveau congestionné, œdématié. Les examens de laboratoire ont montré la présence de Bacilles de Koch dans la sérosité œdémateuse du cerveau, et dans la partie splénique de la base du poumon gauche des lésions de broncho-pneumonie avec cellules géantes.

OBSERVATION XXIV

TUBERCULOSE GÉNÉRALISÉE D'ÉVOLUTION SUBAIGUË. ATROPHIE, INSUFFISANCE DIGESTIVE, MÉDIASTINITE ET FOYERS CONGESTIFS. SIGNES CAVITAIRES TARDIFS. CACHEXIE TERMINALE RAPIDE. MORT A 7 MOIS $\frac{1}{2}$. GROSSE CAVERNE DU LOBE INFÉRIEUR DU POUMON GAUCHE.

Service du D^r Barbier, Hérold, 1911, Crèche n° 7

Entre à l'hôpital âgée de 3 mois (27 février).

Née à terme d'une mère tuberculeuse, a été successivement élevée au sein, à régime mixte, puis sein et lait d'ânesse, puis sein et lait écrémé. Mais aucun de ces régimes ne lui a convenu, puisque état stationnaire. Cependant, jusqu'à ce jour, pas de troubles dyspeptiques.

Stigmates d'hérédosyphilis.

A l'entrée, signes de bronchite généralisée. Conjonctive double ; diarrhée glaireuse.

Vers le 14 mars, baisse de poids. Constipation. Selles pâteuses, épaisses, décolorées.

Puis à partir du 27 mars, reprise des signes de bron-

chite. I. D. R. positive chez l'enfant et chez la mère. La température devient irrégulière.

Bientôt apparition de foyers congestifs au niveau de la base droite et du sommet droit. Nouvelle baisse de poids. Mauvais état général.

5 mai. — Matité absolue dans toute l'étendue du poumon gauche. Voussure assez marquée en arrière, foyer soufflant avec râles sous-crépitaux et retentissement du cri. Vibrations abolies. Ponction exploratrice négative. Respiration soufflante avec râles fins au sommet droit. Toux fréquente.

10 mai. — Présence de B. K. dans l'expectoration.

L'enfant meurt le 23 juin, présentant des signes cavitaires de presque tout le poumon gauche.

Autopsie.

Symphyse pleurale totale à gauche. Ganglions caséux englobant la trachée. Caséification énorme du poumon gauche. Caverne volumineuse ayant détruit tout le lobe inférieur.

Lésions moins étendues au poumon droit.

Foie parsemé de tubercules.

Ganglions mésentériques caséifiés.

OBSERVATION XXV

TUBERCULOSE D'ÉVOLUTION SUBAIGUË TERMINÉE A 2 ANS PAR UNE PNEUMONIE CASÉEUSE AVEC PLEURÉSIE TUBERCULEUSE SÉRO-FIBRINEUSE, PUIS PURULENTE. GROSSE CAVERNE DU LOBE SUPÉRIEUR GAUCHE, CREUSÉE DANS UN BLOC DE PNEUMONIE CASÉEUSE ET OUVERTE DANS LA PLÈVRE INTERLOBAIRE. EXPECTORATION BACILLAIRE.

Service du Dr Barbier, Hérold, 1912, n° 59

Enfant âgé de 2 ans. Parents bien portants ; mais

grand-père paternel mort récemment à 49 ans de tuberculose pulmonaire. L'enfant est malade depuis deux mois. A l'entrée, 15 avril, atteint de diarrhée abondante, amaigri, sans appétit, anémié, ne pèse que 10 kg.

Petite toux grasse et fréquente. Temp. : 38°.

Poumon gauche : matité étendue en avant, en arrière et dans l'aisselle, s'arrêtant à hauteur de la scissure interlobaire.

Retentissement du cri et de la toux en arrière.

Dans l'aisselle petit souffle avec râles secs.

22 avril : Voussure du sommet gauche.

B K dans les crachats.

1^{er} mai. — Enfant très dyspnéique, cyanosé. Mort.

Autopsie.

Pleurésie purulente enkystée, anolaire, scissurale, mais envoyant des prolongements au diaphragme. Au fond de la scissure s'ouvre une caverne volumineuse, qui est creusée dans la partie inférieure et interne du lobe supérieur. Le reste du poumon est farci de tubercules jaunes.

OBSERVATION XXVI

PIITISIE ULCÉREUSE CHEZ UN ENFANT DE 2 ANS. EXPECTORATION. BACILLAIRE. MÉNINGITE TERMINALE. PAS D'AUTOPSIE.

Service du D^r Barbier, Hérold, 1912, n° 68

A fait récemment une broncho-pneumonie. Depuis perte d'appétit. Arrêt de croissance. Père tuberculeux cavitare.

A l'entrée, 6 mai, enfant très squelettique, très amaigri et anémié. Véritable habitus de phthisique. Poids : 8 kg. 570.

Poumon droit : foyer congestif du sommet.

A gauche : foyer du sommet et de la base. Tousse peu.

10 mai : l'enfant se plaint, souffre de la tête, est somnolent.

13 mai : B K dans les crachats.

15 mai : signes méningés. Lymphocytose moyenne dans liquide de ponction.

OBSERVATION XXIX

TUBERCULOSE CHEZ UN ENFANT A HÉRÉDITÉ, BACILLOSE LATENTE, AYANT ÉVOLUÉ RAPIDEMENT APRÈS LA ROUGEOLE.

SERVICE du D^r Barbier, Hérolde, 1914, n° 17, J. S.

A. H. Père bacillaire.

Enfant âgée de 16 mois, en dessous de son poids 8920 pour 10.500.

Amenée à l'hôpital pour troubles gastro-intestinaux.

Ces troubles disparaissent par traitement et cependant (temp. irrégulière, baisse de poids, inappétence, pâleur de la face, cyanose des extrémités, micropolyadénopathie).

La fièvre présente plusieurs fois le type inverse.

Examen des poumons : sommet gauche (fosse S/E).

Sommet droit (légers signes, fosse E/S).

Fixité des signes observés à ce sommet.

27 mai : Rougeole. L'enfant revient à l'hôpital très anémiée, très amaigrie, présentant de nouveau des troubles gastro-intestinaux graves.

Poumons : Mêmes signes que pendant le 1^{er} séjour à l'hôpital, mais plus marqués.

27 juin : Signes méningés. Mort.

Autopsie :

OEdème cérébral. Vascularisation exagérée de la base. Exsudats fibrineux avec nombreuses granulations. Sur la face interne du cerveau, le long du sinus longitudinal supérieur, on note semis de granulations jaunâtres.

A la coupe : au niveau de la face inférieure de l'occipital droit, tuberculose du volume d'une noisette. Nombreux tuberculomes disséminés dans l'intérieur du parenchyme cérébral.

Placards d'infiltration tuberculeuse sur le plastron sterno-costal.

Adénopathie volumineuse (caséeuse) prétrachéo-bronchique droite et intertrachéo-bronchique. Granulations jaunes de la plèvre pariétale droite.

Poumons. — Lobe supérieur droit : granulations ; lobe inférieur : infiltration grise, congestion et quelques granulations disséminées.

Lobe supérieur gauche : semis de granulations.

Lobe inférieur gauche : congestion du lobe. Granulations et tuberculomes.

Lésion initiale : sommet gauche. Granulée terminale.

Tubercules sur la plèvre diaphragmatique.

Foie : aspect de dégénérescence graisseuse. Tubercules disséminés.

OBSERVATION XXX

TUBERCULOSE AYANT PRIS L'ASPECT D'UNE ANÉMIE PSEUDO-
-LEUCÉMIQUE.

Service du Dr Barbier, 1914, n° 18

Né à terme de parents bien portants. Nourri au sein jusqu'à deux mois ; puis au lait de vache. Depuis cette

époque ne tousse pas ; bien que pas de troubles digestifs.

A l'entrée à l'hôpital, l'enfant, âgé de six mois, ne pèse que 5 kg. 350.

Enfant atrophique, pâle, anémié, infiltré.

Bosses pariétales développées, gros ventre, gros foie, rate volumineuse. Syndrôme d'anémie pseudo-leucémique (Hydrocèle droite). W. négatif avec le liquide de la ponction.

Examen du sang :

Hémoglobine 60 %.

Globules rouges 1.600.000.

Globules blancs 4.800.

Pourcentage :

Polynucléaires 82 %.

Grands mono 6 %.

Lymphocytose 7 %.

Petits mono 7 %.

Ulycocytes 7 %.

Pendant huit jours, température irrégulière, amaigrissement, apparition du purpura ; augmentation de volume du foie et de la rate. Pâleur de plus en plus accrue.

Un mois après son entrée, mêmes signes.

De plus, otite double, œdème des jambes.

Appétit très diminué, chute de poids considérable.

Poids : 4 k. 550. Mort le 24 mars.

Autopsie.

Adénopathie prétrachéo-bronchique droite volumineuse formant bloc entre la trachée et le poumon droit (lésion initiale).

P. D. : Plèvre épaissie. Adhérences récentes au sommet, adhérences plus anciennes des scissures.

Sommet coiffé d'une plèvre épaissie, lardacée ; est le siège d'une pneumonie tuberculeuse (bloc gris avec

points de caséification (prélèvement). Au centre de cette pneumonie, grosse caverne.

Dans le lobe moyen, foyers de broncho-pneumonie tuberculeuse avec points de caséification.

Poumon gauche. — Emphysème. Granulie sous forme de choux-fleur.

Foie : pèse 355 gr. Farci de tubercules avec foyers de sclérose.

Rate. — Pèse 160. 2 ou 3 tubercules énormes, nombreux tubercules plus petits. Péri-splénite intense. Tubercules des ganglions du mésentère.

OBSERVATION XXXI

TUBERCULOSE GRANULIQUE CHEZ UN DÉBILE, PRÉMATURÉE
A HÉRÉDITÉ TUBERCULEUSE.

Service du Dr Barbier, 1914, n° 68

Prématuré (7 mois). Mère bacillaire.

Entre à l'hôpital à 10 mois, pour coqueluche.

Atrophique, pesant 5650, qui depuis sa naissance a été nourri au lait de vache.

Présente à l'entrée quelques signes de bronchite.

Souffle léger aigre de la base gauche avec gros râles ; foyer de condensation légère.

Le 30 mai, 4 jours après son entrée : signes de méningite. Ponction rachidienne : liquide clair, hypertendu, lymphocytose moyenne.

Autopsie.

Méningite tuberculeuse de la base.

Poumon (A) gauche. — Granulations superficielles sous-pl urales. Au niveau du lobe inférieur, tubercule superficiel caséifié.

A la coupe : Le lobe supérieur est farci de granulations. Présence de ganglions caséifiés dans la scissure interlobaire.

B) Droit : Nombreux épanchements sanguins sous-pleuraux, avec par endroits des granulations. A la partie supérieure du lobe moyen, aspect d'infarctus avec ramollissement rouge du poumon.

Foie. — Semis de granulations. Périhépatite.

Rate. — Granulations.

Cœur. — Granulations sous-péricardiques au niveau du ventricule gauche.

Petites granulations de la mitrale avec ourlet œdémateux et rétraction des cordages.

Œdémateuse et rétraction des cordages.

Endocardite légèrement végétante de la tricuspède.

OBSERVATION XXXII

HÉRÉDITÉ TUBERCULEUSE. PHTISIE CAVITAIRE. CACHEXIE.
MORT A 13 MOIS.

Service du D^r Barbier, 1914, n° 80

Père, mère, frères et sœurs bacillaires. Nourrie au sein jusqu'à 5 mois. Puis hyperalimentée au lait de vache. A partir troubles dyspeptiques jusqu'à ce jour.

A l'entrée à l'hôpital, enfant très pâle, très amaigrie, 6 k. 500 à 13 mois, avec aspect cachectique et purpura abdominal. Troubles dyspeptiques habituels des enfants hyperalimentés au lait de vache.

D'autre part, toux grasse, émétisante, avec crachats sans B. K.

Lignes sthétoscopiques : souffle d'aspect tubaire de la

fosse E/S droite avec nombreux râles humides, à timbre cavernuleux.

Râles de bronchite des deux poumons.

Foie volumineux. Cachexie tuberculeuse.

Les jours suivants, persistance des troubles dyspeptiques ; fixité et aggravation des signes pulmonaires. Apparition d'un épanchement séro-fibrineux de la base droite.

Mort le 19, avec fièvre à grandes oscillations.

Autopsie.

Poumon droit. — Pleurésie granulique caséuse très confluente et généralisée.

Nombreux ganglions caséifiés du médiastin.

Infiltration bacillaire de tout le poumon qui est transformé en un bloc hépatisé.

A la partie moyenne du poumon, caverne du volume d'un œuf. Ses parois sont sclérosées, dentelées, irrégulières. A la base, granulations jaunes.

Poumon gauche. — Le lobe inférieur présente de l'infiltration grise et une zone de congestion d'origine tuberculeuse. Semis de granulations pleurales.

Foie gros, périhépatite. Quelques granulations superficielles.

Rate un peu grosse, bourrée de granulations.

Ganglions du mésentère tuméfiés. L'un d'entre eux est nettement caséifié.

OBSERVATION XXXIII

TUBERCULOSE A FORME DYSPEPTIQUE

Service du Dr Barbier, 1914, n° 153

Entre à l'hôpital le 5 octobre pour diarrhée. Poids : 3.300. Nourrie au lait de vache. Présente des selles déco-

lorées, fétides. Température oscille autour de 37. Otite.

Vers le 15, rétention de pus. Paralysie faciale. La température à 38°5 est mise sur le compte de cette rétention.

En même temps, apparaît une bronchite légère qui se traduit bientôt par de la matité du sommet droit avec respiration soufflante. La toux est continuelle. L'enfant baisse constamment de poids. Mort le 12 novembre.

Autopsie.

Tuberculose pulmonaire en bouquet, généralisée.

Foie et rate avec granulations. Légère congestion méningée.

OBSERVATION XXXIV

BRONCHO-PNEUMONIE TUBERCULEUSE APRÈS COQUELUCHE,
CHEZ UNE ENFANT DE 18 MOIS, AU-DESSOUS DE SON POIDS.
MORT. AUTOPSIE.

Service du Dr Barbier, 1915, n° 28

A l'entrée, 1^{er} mars, fortes quintes de coqueluche avec vomissements. Foyer de congest. pulmonaire du sommet gauche et quelques jours après, foyer de broncho-pneumonie du sommet droit avec nombreux râles humides à droite.

Bientôt respiration soufflante du hile droit et fort tirage. Double foyer de broncho-pneumonie à la base gauche et sous l'omoplate droite. Etat général très grave. Mort, 27 mars.

Autopsie.

Foyer d'inoculation sommet gauche avec lésions de péricapneumonie. Induration du sommet, légère congestion du lobe inférieur.

Sommet et lobe moyen du poumon droit présentent

des lésions anciennes de broncho-pneumonie avec foyers plus récents de congestion.

Ganglions trachéo-bronchiques ramollis, caséeux.

Foie : quelques tubercules.

Ganglions mésenténiques ramollis.

Rétrécissement du colon ascendant à l'angle colique droit.

OBSERVATION XXXV

COQUELUCHE AVEC BRONCHO-PNEUMONIE DU SOMMET DROIT
CHEZ UN ENFANT DE 8 MOIS AU-DESSOUS DE SON POIDS A
HÉRÉDITÉ.

Service du D^r Barbier, 1915, n° 29

A l'entrée, malade depuis 3 semaines, est pâle, anémié. Présente une légère dyspnée sans tirage.

Température à 39°5. Foie perceptible.

Matité sommet droit avec silence respiratoire.

Râles diffus dans toute la hauteur du poumon droit.

Deux jours après, convulsions. Mort.

Autopsie.

Poumon droit. — Hépatisation du sommet. A la coupe, aspect granité dû à granulations jaunes tuberculeuses. Même aspect du lobe moyen. Foyer de broncho-pneumonie au début du lobe inférieur.

Poumon gauche : foyer de broncho-pneumonie du sommet.

Foie. — Très dégénéré, gros à la surface.

OBSERVATION XXXVI

TUBERCULOSE EN BOUQUET CONFLUENTE ET GRAVE N'AYANT
DONNÉ LIEU A DES SIGNES STÉTOSCOPIQUES QUE DANS UN
SEUL POUMON.

Service du D^r Barbier, 1915, n° 68

Sans hérédité révélée, se présente comme une enfant
anémiée, atrophique, infectée, ayant un peu de spléno-
mégalie.

Bronchite légère à l'entrée.

Au bout de 6 jours : foyer de broncho-pneumonie de
la base droite et du sommet droit s'accompagnant bien-
tôt de purpura abdominal, d'œdème cachectique des
membres inférieurs.

Jusqu'à la mort : fixité des signes à droite.

Rien à gauche : toux quinteuse, oppression, dyspnée,
amaigrissement.

Autopsie.

A gauche, tuberculose diffuse sous forme de granula-
tions jaunes extrêmement confluentes. Masses caséeuses.
Caverne du sommet. Tuberculose en choux-fleurs.

Poumon droit : une caverne au sommet droit ; une ca-
verne à la base.

OBSERVATION XXXVII

FORME DYSPEPTIQUE

Service du D^r Barbier, 1915, n° 99

Sans hérédité pathologique. Né à terme, à poids nor-
mal. A son entrée très en dessous de son poids.

A son entrée, hyperalimenté au lait de vache; entérite glaireuse; selles mal colorées, non digérées, glaireuses.

Signes de bronchite qui disparaissent en quelques jours.

Malgré un mois de traitement, persistance des signes gastro-intestinaux.

Deux mois après son entrée, bouffissure de la face. OEdème des membres inférieurs et réapparition des signes de bronchite avec prédominance des signes à la base gauche. Mort rapide.

Autopsie.

Chancres d'inoculation, sommet gauche.

Cavernules disséminées dans les deux poumons.

Congestion des deux bases.

Gros épanchement péricardique.

OBSERVATION XXXVIII

Service du Dr Barbier, 1915, n° 497

Hérédité suspecte; entre avec signes de broncho-pneumonie.

Baisse de poids rapide et continuelle fait soupçonner l'évolution tuberculeuse.

Autopsie.

Granulie. Caverne du lobe supérieur droit. Broncho-pneumonie du lobe inférieur droit. Tuberculose en choux-fleurs.

Adénopathie trachéo-bronchique droite et gauche volumineuse.

Foie gras tuberculeux typique.

Granulations de la rate.

OBSERVATION XXXIX

GRANULIE CHEZ UN ATROPHIQUE HÉRÉDITAIRE, ALIMENTAIRE, NÉ AVANT TERME.

Service du D^r Barbier, 1916, 3

Agé de 6 mois, entre à l'hôpital très en dessous de son poids $\frac{3.300}{6.000}$ pour entérite glaireuse (hyperalimenté au lait de vache).

Inappétence. Vomissements à l'entrée.

Au bout de quelques jours, petit foyer congestif de la base gauche. Température à 39°. Amaigrissement. Mort.

Autopsie.

Granulie généralisé et péricardite. Chancre d'inoculation au sommet gauche. Nombreuses granulations de la plèvre pariétale gauche, des deux poumons, du péricarde, du foie et de la rate.

OBSERVATION XL

TUBERCULOSE LATENTE APYRÉTIQUE AYANT PRIS BRUSQUEMENT UNE ALLURE RAPIDE APRÈS ROUGEOLE.

Service du D^r Barbier, 1916, 101, J. S.

A l'entrée (14 août), anémie (2.300.000 G. R.) et diarrhée chez un atrophique $\frac{5620}{9000}$ (à un an), très pâle.

Spina ventosa. Mucropolyadénopathie.

Splénomagalie légère.

Bronchite depuis 4 mois. Sommet droit suspect à l'entrée.

Température rigoureusement à 37°.

8 octobre. — Rougeole.

En novembre, persistance et fixité des signes du sommet-droit. Anorexie. Chute de poids.

OEdème ; purpura.

20 novembre. — Paralyse faciale droite et mastoïdite droite le 28. Mort 2 décembre.

Autopsie.

Granulations tuberculeuses des deux poumons ; tubercules ramollis du sommet droit.

Ganglions caséux du médiastin.

Examen histologique.

Broncho-pneumonie caséuse.

Infiltration leucocytaire des parois alvéolaires.

OBSERVATION XLI

BRONCHO-PNEUMONIE DOUBLE APRÈS COQUELUCHE. MORT.

Service du Dr Barbier, 1916, n° 140

Enfant âgée de 22 mois. Sans hérédité $\frac{8300}{12000}$.

Il y a deux mois, coqueluche avec bronchite.

Il ya 6 jours, aggravation de cette bronchite. Broncho-pneumonie double. Mort en 2 jours.

Autopsie.

Granulie. Chancre d'inoculation à la base gauche (cavernule).

Ganglions trachéo-bronchiques caséux.

Foie tuberculeux.

Examen labo : Broncho-pneumonie caséuse massive probablement φ , bien que le Ziehl ne révèle pas de B. K.

OBSERVATION XLII

GRANULIE

Service du D^r Barbier, 1916, 148

Agé de 16 mois. Hérité φ .

Depuis 2 mois, anémie, amaigrissement, toux. A l'hôpital, pâleur cireuse de la face, oppression, somnolence. Toux grasse. Température 39.

Examen des poumons : Matité de bois du sommet droit et de la base droite.

Râles humides de toute l'étendue des deux poumons.

Autopsie.

Pas de tuberculose pulmonaire apparente. Sclérose du sommet droit avec légère dilatation bronchique.

Foie tuberculeux, augmenté de volume.

Rate farcie de granulations miliaires.

OBSERVATION XLIII

Enfant de 7 mois, sans hérédité. Amené à l'hôpital avec signes de bronchite capillaire après coqueluche. Meurt le 2^e jour.

Autopsie.

Granulie. Lésion initiale probable au sommet droit (Infiltration tuberculeuse avec cavernules).

OBSERVATION XLIV

BRONCHITE LÉGÈRE ; AUTOPSIE : GRANULIE.

Service du D^r Barbier, 1917, n° 55

Enfant de 5 mois, sans antécédents, qui entre à l'hôpital avec des signes de bronchite légère (matité Sd et Bg). De son entrée le 10 avril au 16 avril mêmes signes pulmonaires ; temp. autour de 38°. Baisse de poids : de 4890 à 4220.

Légère congestion des points indiqués, bientôt guérie. Temp. redescend à 37°.

Cependant amaigrissement. Cachexie, puis mort le 11 mai.

Autopsie.

Granulie.

Nombreuses granulations réparties dans les deux poumons. Légère congestion des bases.

Foie : granulations dans toute l'étendue du parenchyme.

OBSERVATION XLV

ATROPHIQUE SQUELETTIQUE ET ALIMENTAIRE A HÉRÉDITÉ φ

Service du D^r Barbier, 1917, n° 64, J. S.

Agée de 3 mois, entre à l'hôpital le 25 avril pour troubles digestifs qu'elle présente depuis sa naissance (dus à hyperalimentation du lait de vache, 560 gr. par

24 heures $\frac{3030}{5000}$

Poids de naissance 3.500.

7 injections de sérum de quinton ont été faites en ville. Aucune amélioration, mais abcès consécutif à la 1^{re} injection. Ponctionné à l'hôpital, la température retombe à 37°.

Mais mort le 6 mai sans signes pulmonaires.

Baisse de poids de 3030 à 2700.

Autopsie.

Poumon droit. — Au niveau de la base droite, foyer d'inoculation, se présentant sous forme d'une masse caséeuse, de la grosseur d'une lentille. Autour de cette masse, semis de granulations typiques. Les deux lèvres de la scissure horizontale sont soudées.

Au sommet droit simple congestion, peut-être de petites granulations.

Poumon gauche : simple congestion.

1 ganglion intertrachéo-bronchique suppure.

Rate : quelques granulations tuberculeuses.

Laboratoire : pièce prélevée (chancre initial).

Broncho-pneumonie tuberculeuse.

Marmitage. Cellule géante.

Pièce prélevée au sommet : tuberculose caséeuse au début.

OBSERVATION XLVI

ATROPHIE ALIMENTAIRE CHEZ UN PRÉMATURÉ (7 M. $\frac{1}{2}$) A HÉRÉDITÉ TUBERCULEUSE.

Service du Dr Barbier, 1917, n° 73, J. S.

A l'entrée, 12 mai, âge de 8 mois $\frac{3250}{8000}$

Anorexie. Selles acholiques.

Temp. à 39°, due à légère congestion des 2 bases et du sommet. Dès les premiers jours baisse de température ; chute continue de poids. Mort le 18 mai.

Autopsie.

Granulie.

Lésions initiales à la base gauche contre la scissure horizontale. On trouve là deux petits noyaux.

OBSERVATION XLVII

ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT CHEZ UN ENFANT A HÉRÉDITÉ θ ET A HÉRÉDITÉ φ (WASS. +). TUBERCULOSE SOUPÇONNÉE A SON ENTRÉE. RENDUE PLUS CERTAINE APRÈS COQUELUCHE.

Service du Dr Barbier, 1917, n° 129, J. S.

Entre le 19 septembre à l'âge de 13 mois.

Atrophique $\frac{4440}{10000}$

Antécédents φ : Père mort bacillaire.

Hérédité θ : Wasserman + (sang).

Stigmates osseux.

Testicules atrophies.

Gros foie et grosse rate.

Congestion suspecte du sommet droit. Au bout de quelques jours et jusqu'en janvier (à part une nouvelle petite poussée du sommet, vite éteinte), temp. à 37°.

Mais appétit capricieux.

Instabilité et baisse de poids.

3 janvier : Coqueluche et les jours suivants congestion pulmonaire base gauche.

20 janvier, signes cavitaires B. C.

Puis signes cavitaires des deux poumons. Temp. irrégulière. OEdèmes des membres inférieurs sans albumine. Cachexie progressive. Oppression. Mort.

Autopsie.

Tuberculose en choux-fleurs.

Poumon gauche et sommet droit.

Foie scléreux et péri-hépatite.

CONCLUSION

Malgré l'abondance des signes rencontrés dans nos observations, le diagnostic de la tuberculose du nourrisson reste souvent difficile, ou pendant longtemps incertain. C'est que rarement chez ce dernier la tuberculose se présente avec ses signes classiques (toux, sueurs, cachexie, cyanose, fièvre hectique, doigts hippocratiques. Sans doute de l'étude des observations il résulte que les signes les plus souvent rencontrés, les meilleurs pourrait-on dire, sont la micropolyadénopathie ; l'amaigrissement ; la fièvre irrégulière, souvent à caractères spéciaux, l'hypertrophie du foie et de la rate, la présence d'adénopathie trachéo-bronchique, la fixité des symptômes respiratoires quand ils existent. Mais même ces signes, ne sont que des signes de probabilité quand ils existent isolés, et seuls peuvent être considérés comme signes de certitude : la présence de Bacille de Koch dans les crachats, dans les selles ou dans le contenu stomacal, la réaction positive à la tuberculine et parfois une épreuve radiographique ou radioscopique. Or, nous avons vu, en parlant de ces signes, qu'ils sont souvent très délicats à rechercher et que, d'autre part, ils ne se révèlent que sous certaines conditions.

Comment, dès lors, arriver au diagnostic de tuberculose chez le nourrisson ? En sachant que presque toujours les signes fonctionnels, généraux et physiques, se groupent pour donner à la maladie, tantôt une forme, tantôt une autre.

Ce sont ces formes que nous allons brièvement passer en revue, les énumérant seulement, sans les décrire.

C'est tout d'abord la *granulie* qui se présente soit sous forme de granulie aiguë du poulmon avec ses signes particuliers (polypnée continue, cyanose, toux, tirage profond des régions sous-costales sans signes particuliers des poulmons), soit sous forme de granulie généralisée, donnant à la maladie l'aspect typhoïde (typho-bacilllose).

Ce sont les formes pulmonaires aiguës, à allure de pneumonie caséuse, de broncho-pneumonie tuberculeuse. Ce sont les cas de tuberculose ulcéreuse du poulmon. Ce sont les réactions pleurales. Ce sont encore les formes ganglionnaires généralisées ou localisées. Ce sont, enfin, la forme digestive et les formes anémiques, décrites par Barbier sous le nom de forme dyspeptique ou d'atrophie alimentaire, dans laquelle on note quelques fois également l'hypertrophie du foie et de la rate (type pseudo-leucémique).

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*
ROGER. MARFAN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- AINE. — Etude sur la tuberculose pulmonaire ulcéreuse du premier âge. — Thèse de Paris, 1914.
- AVIRAGUET. — De la tuberculose chez les enfants. — Thèse Paris, 1892.
- BARBIER (H). — La tuberculose des nourrissons. — Congrès de Médecine de Budapest, 1899, et *Revue mensuelle de gynéc., d'obst. et de pédiatrie*, nov. 1899.
- BARBIER (H). — Note sur un cas de tuberculose du foie chez un nourrisson de 3 mois $\frac{1}{2}$. — *Arch. de Méd. des enfants*, t. XVIII, n° 8, août 1915.
- BARBIER (H.) ET BARON. — Contribution à l'étude du diagnostic de la tuberculose chez l'enfant par l'intradermo-réaction à la tuberculine. Ext. du *Bull. de la Soc. d'ét. scientifiques sur la Tuberculose*, n° 1, Séance de mars 1911.
- CONSTANTINOVITCH. — Essai sur la tuberculose de la 1^{re} enfance. — Thèse Paris, 1899.
- EICHELBURG. — Contribution à l'étude clinique de la tuberculose du nourrisson. — *Monats fur Kinderheil*, t. X, p. 668).
- FISCHL. — Notions nouvelles sur la pathogénie et le diagnostic de la tub. infantile. — *Prager Medicin-Woch.*, 1910, 39-40.
- DE GANDT. — Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire de la 1^{re} enfance. — Thèse Paris, 1906.

- GUINON. — Adénopathie trachéo-bronchique des jeunes nourrissons. — *Rev. mens. des maladies de l'enfance*, 1904.
- GUINON. — Article Tuberculose pulm. des nourrissons. — *Pratique des maladies de l'enfance*, t. IV, p. 492.
- HAUTCOEUR. — De la tuberculose de l'enfant du 1^{er} âge et de sa prophylaxie. Thèse Paris, juin 1913.
- HUTINEL. — Fièvre tuberculeuse du nourrisson. — *Pédiatrie pratique*, 1913, 5 décembre.
- HUTINEL et LEREBOUTET. — Article tuberculose dans Hutinel : *Les Maladies des Enfants*, t. II.
- HUTINEL et TIXIER. — La tuberculose latente du nourrisson, son diagnostic. — *Revue de la tuberculose*, 2 avril 1912.
- KUSS. — De l'hérédité parasitaire de la tub. humaine. — Thèse Paris, 1898.
- LANDOUZY et QUEYRAT. — Note sur la tub. infantile. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 9 août 1886.
- LEROUX. — La tuberculose du 1^{er} âge. — *Etudes expérim. et cliniques sur la tub.*, t. II, 1888.
- LESAGE. — *Maladie du nourrisson*, 1 vol. — Masson, 1911, ch. XII.
- LESAGE ET PASCAL. — Polyadénite tuberculeuse primit. du 1^{er} âge.
- MANTOUX (Mine Dora). — Contributions à l'étude de la tuberculose du nourrisson. — Thèse Paris, 1912.
- MARGOULIS. — Tuberculose pulmonaire du nourrisson. — Thèse Paris, 1909.
- MARFAN. — De la tuberculose généralisée chronique du 1^{er} âge. — *Sem. méd.*, 21 déc. 1892.
- MARFAN. — Tuberculose des ganglions bronchiques et la cachexie consécutive chez les enfants du 1^{er} âge. — *Journ. de clin. et de théér. infant.*, 1898-1899.

- MOUSSONS. — Formes cliniques de la tuberculose du 1^{er} âge. — *Arch. de Méd. des Enfants*, 1901.
- NOBECOURT. — Précis de Méd. infantile. — Masson, 1912.
- NOBECOURT. — Rapport sur le diag. de la tub. de l'enfant par la recherche du bacille de Koch. — *Associat. française de Péd.*, 1911.
- PASCAL. — Contribution à l'étude de la tub. du 1^{er} âge. — Thèse Paris.
- PIRONNEAU. — Diagnostic des broncho-pneumonies infantiles. — *Clin. infant.*, 15 octobre 1912.
- La tub. des nourrissons. — *Clinique inf.*, 15 nov. 1912.
- QUEYRAT. — Contribution à l'étude de la tuberculose du 1^{er} âge. — Thèse de Paris, 1886.
- RIBADEAU-DUMAS. — Tuberculose du nourrisson. — *Clinique*, 2 décembre 1913.
- RIBADEAU-DUMAS et DEBRE. — Etude diag. sur la tuberculose pulm. du 1^{er} âge. — *Paris Méd.*, 1^{er} fév. 1913.
- RIBADEAU-DUMAS-WEILL-MAINGOT. — Etude radiologique de la tuberculose pulm. du nourrisson. — *Soc. pédiat.*, nov. 1912.
- SERGEANT EMILE. — Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée. — Tuberculose, t. II. — Les formes scrofuloïdes de la syphilis. — *Bull. Méd.*, 28 mai 1913.
- TRIBOULET et RIBADEAU-DUMAS. — Ostéo-périostite des os plats du crâne chez les nourrissons tuberculeux. — *Arch. de Méd. des Enf.*, 1910, p. 371.
- VARIOT. — La méthode du prof. Grancher pour dépister la tub. pulm. des enfants. — *Clin. inf.*, février 1906.
- VARIOT et BRUDER. — Cornage expiratoire bronchique des jeunes nourrissons. — *Rev. Mens. des Mal. de l'Enf.*, 1904.

COMBY. — Traité des Maladies de l'Enfance.

MOURIQUAND. — Recherches sur le diagnostic de la broncho-pneumonie tub. infantile. — Thèse Lyon, 1906.

Amédée Legrand, Editeur, Paris



